

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

Estudo prospectivo das diferenças clínicas e funcionais entre
pacientes internados por Depressão Psicótica e Não-Psicótica

Dissertação de Mestrado

Felipe Bauer Pinto da Costa

Orientadora: Prof. Dra. Neusa Sica da Rocha

Co-orientador: Prof. Dr. Pedro Vieira da Silva Magalhães

Porto Alegre, 2015

FELIPE BAUER PINTO DA COSTA

Estudo prospectivo das diferenças clínicas e funcionais entre
pacientes internados por Depressão Psicótica e Não-Psicótica

Dissertação apresentada à Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de
Medicina, Programa de Pós-Graduação em
Ciências Médicas: Psiquiatria, como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Psiquiatria

Área de Concentração: Psiquiatria e Saúde
Mental

Orientadora: Prof. Dra. Neusa Sica da Rocha

Co-orientador: Prof. Dr. Pedro Vieira da Silva
Magalhães

Porto Alegre, 2015

CIP - Catalogação na Publicação

Bauer Pinto da Costa, Felipe

Estudo prospectivo das diferenças clínicas e funcionais entre pacientes internados por Depressão Psicótica e Não-Psicótica / Felipe Bauer Pinto da Costa. -- 2015.

115 f.

Orientadora: Neusa Sica da Rocha.

Coorientador: Pedro Vieira da Silva Magalhães.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2015.

1. Transtornos de Humor. 2. Psicose. 3. Depressão Psicótica. 4. Depressão. I. Sica da Rocha, Neusa, orient. II. Vieira da Silva Magalhães, Pedro, coorient. III. Título.

*“É preciso força pra sonhar e perceber
Que a estrada vai além do que se vê”*

Marcelo Camelo

Além do que se vê – Los Hermanos

*“Confusion is a fundamental state of mind
It doesn't really matter what I'm figuring out
I'm guaranteed to wind up in a state of doubt*

And sanity is a full time job

In a world that is always changing”

Brett Gurewitz

Sanity – Bad Religion

AGRADECIMENTOS

À Professora Neusa Sica da Rocha, pela orientação e pelo suporte ao longo dos últimos anos. A sua capacidade de compreensão e incentivo constante foram fundamentais para a realização deste trabalho.

Ao Professor Pedro Vieira da Silva Magalhães, pela disponibilidade e pelos ensinamentos de indescritível valor, tanto no campo da pesquisa científica quanto na arte da docência.

Ao Professor Marcelo Pio de Almeida Fleck, pelo exemplo profissional e estímulo constante.

Aos meus grandes amigos Fernanda Baeza, Vauto Mendes Filho, Bruno Paz Mosqueiro e Eduardo Trachtenberg por todos os momentos compartilhados. Ao Eduardo em particular pela ideia original de pesquisar a depressão psicótica.

Aos meus colegas de grupo de pesquisa Aline Boni, Lucas Primo, Gabriela Nuernberg, Rogério Zimpel, Marco Caldieraro, Lucas Spanemberg, Felipe Schuch pelo aprendizado constante.

Aos membros da Banca; em especial, à Professora Maria Inês Rodrigues Lobato, que me supervisionou ainda antes de eu ingressar na residência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e que sempre se mostrou disponível para ensinar e mostrar os melhores caminhos.

Ao meu psicanalista Emilio Salle.

Aos meus pais, Solange e Joaquim, pelo suporte e formação baseados em integridade e amor incondicional. Vocês são meu amparo.

A todos que de alguma forma tornaram esse trabalho possível, especialmente aos pacientes que, apesar do sofrimento, se dispuseram a contribuir com a pesquisa.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
RESUMO	7
ABSTRACT	9
1. INTRODUÇÃO	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 Evolução Histórica	13
2.2 Epidemiologia	15
2.3 Depressão Psicótica: Uma Entidade Clínica Distinta	18
3. JUSTIFICATIVA	23
4. OBJETIVOS	25
5. METODOLOGIA	26
6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	31
7. ARTIGO	32
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	64
ANEXO B – Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão	66
ANEXO C – Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica	69
ANEXO D – Escala de Avaliação Global de Funcionamento	76
ANEXO E – Escala de Impressão Clínica Global	77
ANEXO F – Entrevista Neuropsiquiátrica Semi-estruturada MINI	78
ANEXO G – Protocolo da Admissão	107
ANEXO H – Protocolo da Alta	113

APRESENTAÇÃO

A presente Dissertação de Mestrado visa a discutir aspectos clínicos e diagnósticos do episódio depressivo com sintomas psicóticos – Depressão Psicótica. Primeiramente, é realizada uma introdução demonstrando os principais aspectos clínicos e diagnósticos já estudados na depressão psicótica. Discutem-se as diferenças entre as apresentações psicótica e não-psicótica do episódio depressivo, tanto em relação à epidemiologia quanto em relação às características clínicas que muitas vezes podem levar a uma confusão e a uma difícil diferenciação entre presença de sintomas psicóticos e gravidade de sintomas. Também é citada uma nova escala para avaliar a intensidade dos sintomas em pacientes com depressão psicótica, a PDAS (Psychotic Depression Assessment Scale). Após, são descritos a justificativa, objetivos e metodologia do trabalho.

O artigo resultante do presente trabalho é apresentado a seguir. O foco do artigo é a comparação das características clínicas e funcionais entre pacientes internados por um episódio depressivo, com ou sem sintomas psicóticos. A partir dessa comparação, são realizadas ponderações acerca das diferenças encontradas.

Após a apresentação do artigo, são feitas as considerações finais, discutindo a possibilidade de se entender a depressão psicótica como uma forma diferente de transtorno de humor, em que os sintomas psicóticos não necessariamente são desencadeados por um aumento da intensidade dos sintomas depressivos em um episódio depressivo.

RESUMO

Introdução: A Depressão Psicótica (DP) afeta cerca de 15-20% dos pacientes com diagnóstico de depressão. Esta condição está ligada a maior cronicidade, maior incidência de tentativas de suicídio e maior frequência de internação hospitalar em relação à Depressão Não-Psicótica. No entanto, evidências recentes sugerem que a incidência de características psicóticas pode não estar relacionada à intensidade dos sintomas depressivos. O curso distinto de doença, associado a pior resposta ao tratamento e a pior prognóstico suscitam a discussão de que a depressão psicótica pode ser uma entidade clínica distinta da depressão, representando um ponto em um continuum que tem em um de seus extremos os transtornos psicóticos e no outro, os transtornos de humor. **Objetivos:** Avaliar se a presença de sintomas psicóticos em pacientes internados por episódio depressivo se correlaciona com a intensidade de sintomas depressivos. Avaliar se há diferenças clínicas e funcionais que podem se relacionar com os sintomas psicóticos dos pacientes da amostra. Observar a melhora de sintomatologia psiquiátrica ao longo da internação, e se há diferença na variação de sintomas, ao longo da internação, entre os pacientes psicóticos e não-psicóticos. **Métodos:** 288 pacientes internados por episódio depressivo em uma unidade psiquiátrica de um hospital geral universitário foram avaliados na admissão e na alta hospitalar. Foi realizada entrevista semi-estruturada com o MINI para avaliação diagnóstica. Nos dois momentos de avaliação foram aplicadas a Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão (HAM-D), a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (BPRS), a avaliação da Impressão Clínica Global (CGI) e a Escala Global de Avaliação do Funcionamento (GAF). Outros parâmetros clínicos e epidemiológicos também foram avaliados: idade de início de sintomas, quantidade de internações prévias, tentativas de suicídio prévias, tempo de duração da internação atual e realização de Eletroconvulsoterapia (ECT) durante a internação. **Resultados:** 131 pacientes (45,4%) apresentaram sintomas psicóticos. Após ajuste para controle de variáveis que tinham potencial de viés de confusão – história prévia de mania ou hipomania, história prévia de uso de substâncias, sexo, idade, e

anos de estudo – os dois grupos tiveram resultados similares nos resultados da HAM-D, tanto na admissão quanto na alta. Em relação às outras medidas, no entanto, os pacientes com depressão psicótica apresentaram piores níveis de funcionamento (GAF), piores resultados na avaliação clínica (CGI) e escores mais elevados na BPRS, na admissão e na alta hospitalar. **Conclusão:** Os pacientes com depressão psicótica apresentaram história mais grave de sintomas psiquiátricos e maior prejuízo funcional. No entanto, as diferenças entre os pacientes psicóticos e não-psicóticos não tiveram relação com os sintomas depressivos dos pacientes. Tais achados vão ao encontro de evidências recentes que sugerem que a depressão psicótica pode ser um transtorno distinto da depressão maior.

Palavras-chave: depressão psicótica; depressão; psicose, internação hospitalar

ABSTRACT

Introduction: Psychotic Depression (DP) is a medical condition that affects a significant portion of depressive patients, 15-20%. This disorder is linked to greater chronicity, higher incidence of suicide attempts and a higher frequency of hospitalization, when compared to depressive episodes without psychotic features. Nevertheless, recent evidences suggest that the presence of psychotic symptoms may not correlate to depressive symptoms severity. The discrete clinical course, along with worse response to usual treatment and worse prognosis draw a hypothesis that Psychotic Depression might be a distinct disorder in relation to major depression. It reflects the intersection of psychotic and affective dimensions, and may be placed in a point of a continuum between psychotic and affective disorders. **Objectives:** To evaluate if the presence of psychotic symptoms in hospitalized depressive patients correlates to depressive symptoms intensity. To evaluate the existence of clinical and functioning differences among psychotic and non-psychotic depressive inpatients that could be related to the psychotic features. To estimate clinical improvement during hospitalization, and if there are dissimilarities in the variation of symptoms between psychotic and non-psychotic depressive individuals. **Methods:** 288 depressive inpatients of a psychiatric ward of a university tertiary hospital were assessed at admission and at discharge. We conducted MINI semi-structured interview to determine patient diagnosis. At both assessments we applied the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Clinical Global Impression (CGI) and the Global Assessment of Functioning (GAF). Other clinical and epidemiological parameters were also assessed: age at onset, number of previous hospitalizations, previous suicide attempts, length of stay and Electroconvulsive therapy (ECT) in current hospitalization. **Results:** 131 patients (45,4%) had psychotic features. After adjusting for potential confounding variables – previous presence of mania or hypomania, history of substance use, gender, age and years of study –, both psychotic and non-psychotic depressive patients presented similar HAM-D scores at admission

and at discharge. However, psychotic depressive inpatients showed worse functioning levels (GAF), worse clinical status (CGI) and higher BPRS scores, both at admission and at discharge. **Conclusion:** Psychotic depressive inpatients presented more severe history of psychiatric symptoms and greater functioning disability. The differences between both groups of patients did not correlate to depressive symptoms. These findings are in conformity with recent evidences that suggest that psychotic depression might be a distinct disorder in relation to major depression.

Keywords: psychotic depression; depression; psychosis; hospitalization.

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) caracteriza-se pela cronicidade e por um prejuízo funcional significativo, refletindo em altas taxas de morbidade e mortalidade (1). Sua prevalência ao longo da vida é ao redor de 15%, consistindo na quarta maior causa de incapacidade entre todas as doenças (2). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2030, a Depressão Maior será a maior causa de incapacidade em países desenvolvidos (3).

A depressão com características psicóticas – Depressão Psicótica (DP) – é diagnosticada quando há presença de alucinações e/ou delírios durante um Episódio Depressivo, de acordo com o DSM-IV-TR (4). No DSM-5, foram mantidos os critérios centrais para o diagnóstico, bem como a duração mínima de duas semanas de sintomas. A diferença é a inclusão do especificador “com características mistas” quando há sintomas maníacos concomitantes, mas sem preencher critérios para transtorno bipolar (5). Já a CID-10 também inclui nesse diagnóstico pacientes que apresentem retardo psicomotor grave, quando há pouca ou nenhuma resposta a estímulo externo (6). No entanto, existe um número cada vez maior de especialistas que acreditam que a depressão psicótica deveria ser classificada de maneira independente, em relação aos outros transtornos depressivos (7, 8, 9).

Até alguns anos atrás, acreditava-se que os sintomas psicóticos em um episódio depressivo eram secundários à intensidade da sintomatologia depressiva (8, 10, 11). Entretanto, há evidências crescentes de que a intensidade de sintomas depressivos não é suficiente para explicar o surgimento de características psicóticas em um episódio depressivo, e existem

outras características que ajudam a diferenciar os quadros depressivos psicóticos dos quadros não-psicóticos (10, 11). Além disso, alguns estudos sugerem que, em alguns casos, os sintomas psicóticos de um paciente podem manter uma estabilidade ao longo dos anos, independente dos sintomas depressivos (12).

A classificação e a caracterização da depressão psicótica têm sido insatisfatórias ao longo das últimas décadas, em que se instituíram parâmetros diagnósticos para os transtornos mentais, através dos manuais de classificação diagnóstica. Isso se torna ainda mais evidente quando se compara a depressão psicótica a outras condições que também apresentam sintomas psicóticos, como a esquizofrenia ou o transtorno bipolar (9, 13). Ainda não é possível determinar se os diferentes transtornos que apresentam sintomas psicóticos e de humor têm etiologias distintas ou se fazem parte de um continuum em que as manifestações clínicas são diversas (10, 13). Os mais recentes estudos acerca dos transtornos psicóticos têm centrado atenção na esquizofrenia e no transtorno bipolar, fazendo com que estudos acerca da depressão psicótica sejam realizados em quantidade aquém da necessária para conclusões mais consistentes. Essa categoria diagnóstica reflete a co-ocorrência de categorias de sintomas, constituindo um possível campo de estudo da interseção entre duas dimensões, a psicose e os sintomas de humor (8, 10, 13).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Evolução Histórica

Alguns autores acreditam que a depressão psicótica foi o primeiro transtorno mental identificado na medicina antiga (14). A maioria das descrições antigas, no entanto, foi realizada acerca dos aspectos depressivos da melancolia, bem como há descrições de estados mistos, já na época dos séculos II e III (14). Um médico grego, Areteu da Capadócia, e um médico romano, Caelius Aurelianus, foram os primeiros a descrever a ligação entre melancolia e sintomas delirantes, entre os séculos II e V. O segundo fez isso ao traduzir os trabalhos de um médico grego, Soranus, que versavam sobre a agressividade associada aos episódios depressivos (15). Já nos primeiros relatos da melancolia associada à agressividade e aos sintomas delirantes, existem tentativas de explicar os sintomas de humor como secundários a estados orgânicos, supondo que a “bile negra” e a “flegma ou fleuma” causavam um estado que era chamado de *“intemperies cerebri”*. Além desses aspectos, nos primeiros relatos também há a descrição de que a melancolia era mais frequente em mulheres e em idosos (14, 15).

Os sistemas atuais de classificação de transtornos mentais baseiam a classificação das psicoses na dicotomia entre esquizofrenia e psicoses afetivas, estabelecida por Kraepelin no final do século XIX, em 1899 (16). No entanto, o próprio Kraepelin questionava tal dicotomia, como se pode ver em um trecho do artigo “As manifestações da insanidade” (16) (traduzido pelo autor):

“Nenhum clínico experiente negaria o fato de que os casos em que parece impossível chegar-se a uma conclusão diagnóstica clara, mesmo após

observação cuidadosa, são desagradavelmente frequentes.”

[...]

“...assim, a incrivelmente óbvia impossibilidade de separar satisfatoriamente as duas respectivas doenças deveria levantar uma suspeita de que nossa visão está errada.”

O questionamento de Kraepelin tem se mostrado ainda mais atual nos dias de hoje, e tal discussão acerca da falha da classificação dicotômica dos transtornos mentais encontra-se em evidência (16). Na segunda edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-II – o diagnóstico de depressão psicótica era restrito aos casos em que havia um estressor identificável, e os sintomas psicóticos necessariamente deveriam ser congruentes com o humor. No DSM-III a presença de sintomas psicóticos passou a ser entendida como um especificador de gravidade do episódio depressivo, e não uma característica clínica distinta. Essa classificação da depressão psicótica como uma variante ou um subtipo da depressão severa se manteve no DSM-IV (17). No desenvolvimento do DSM-5 houve uma tentativa de mudança de uma abordagem categórica para uma abordagem dimensional na metodologia de classificação. Entretanto, ainda não foi possível, a partir das evidências disponíveis, agrupar de uma forma consistente os transtornos mentais com características semelhantes em um continuum dimensional de psicopatologia (18).

A hospitalização de pacientes com transtornos mentais teve início entre os séculos XVIII e XIX, o que permitiu uma observação sistemática e,

consequentemente, melhor descrição da psicopatologia e desfecho dos transtornos de humor (15). Ao longo dos anos, entretanto, a internação de pacientes em unidades psiquiátricas foi sendo ligada a estigma importante, principalmente pela natureza prolongada das internações (19).

Essa perspectiva foi modificada nas últimas décadas, com a redução constante da quantidade de leitos psiquiátricos em prol de ressocialização dos pacientes com transtorno mental grave. Tal política de redução de leitos psiquiátricos mostra resultados conflitantes, e é possível que muitos pacientes que necessitem de internações psiquiátricas em episódios agudos deixem de ter acesso a serviços hospitalares em razão dessa redução de leitos (20, 21). Assim, observar a efetividade da internação psiquiátrica de curta duração, para episódios agudos, pode ajudar a nortear as políticas públicas em saúde mental.

2.2 Epidemiologia

A DP é associada a maior gravidade de doença, maior cronicidade, maiores taxas de recidivas, mais internações hospitalares, maior incidência de ideação suicida e tentativas de suicídio, e maior mortalidade geral (7, 17, 22, 23, 24, 25, 26). Além disso, há maior déficit cognitivo e as alterações na psicomotricidade são mais freqüentes. Os pacientes com depressão psicótica apresentam maior prevalência de problemas médicos gerais, quando comparados aos pacientes depressivos não-psicóticos. Os sintomas psicóticos são geralmente de conteúdo plausível, e mais comumente ocorrem alucinações auditivas e delírios (22, 27, 28, 29, 30, 31).

Os indivíduos com depressão psicótica são em sua maioria mulheres, têm altas taxas de afastamento das atividades laborais, e geralmente o início

dos sintomas depressivos ocorre em torno dos 29 anos (17, 22, 23, 32). Estima-se que entre 14,7-18,5% dos pacientes deprimidos apresentam, em algum momento da vida, sintomas psicóticos (6, 18, 19), sendo que entre os pacientes hospitalizados por episódio depressivo, as taxas de sintomas psicóticos podem chegar a até 25% (7, 33, 34).

Há evidências de que a depressão psicótica tende a ser mais prevalente nos pacientes idosos (33, 34), e, entre os pacientes idosos com depressão, cerca de 45% apresentam alucinações ou sintomas delirantes (35). Entretanto, outros autores sugerem que essa condição tende a ter distribuição mais uniforme ao longo da vida (27, 36), o que se correlacionaria com a cronicidade do transtorno. É possível que a apresentação clínica seja diferente de acordo com a idade de início dos sintomas. Em um estudo que comparou dois grupos de pacientes, com início dos sintomas psicóticos antes ou após os 60 anos de idade, os pacientes que tiveram o primeiro episódio depressivo psicótico após os 60 anos apresentaram episódios com sintomas depressivos mais graves e com maior frequência apresentavam ansiedade psíquica. Além disso, os delírios desses pacientes tinham geralmente conteúdo somático (37).

Os sintomas psicóticos são mais prevalentes entre os pacientes deprimidos que trabalham à noite ou que estão desempregados do que entre os que trabalham durante o dia (23). Além disso, os pacientes com depressão psicótica apresentam níveis de escolaridade mais baixos, menor capacidade de interação social e maior prejuízo na capacidade laboral, cronicamente, em relação aos pacientes não-psicóticos (31).

Existem algumas características que, quando presentes em um episódio depressivo, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar determinados

tipos de sintomas psicóticos. Por exemplo, pacientes que apresentam sentimentos de desvalia ou de culpa, ou pensamentos suicidas, têm maior chance de apresentar sintomas delirantes. Já os pacientes que tem fadiga e perda de energia, associadas a pensamentos de culpa, tendem a apresentar mais alucinações (23).

Uma coorte histórica baseada nos registros de todos os indivíduos que nasceram na Dinamarca entre os anos de 1955 e 1990 avaliou os fatores de risco ligados à depressão psicótica e não-psicótica. Nessa população, a história familiar paterna ou materna de transtorno bipolar representou um fator de risco para depressão psicótica, mas não para a depressão sem características psicóticas. História familiar de depressão representou um fator de risco para as duas formas de transtorno depressivo. Além disso, ter um irmão com diagnóstico de depressão psicótica aumentou a probabilidade individual para esse diagnóstico. Fatores como baixo peso ao nascimento e idade materna <20 anos no nascimento representaram fator de risco apenas para o desenvolvimento de depressão não-psicótica (38).

O impacto da depressão psicótica nos custos de tratamento em saúde é comparável àquele causado pela esquizofrenia, e há evidências de um maior risco de os pacientes com depressão psicótica praticarem atos de auto-agressão, enquanto os pacientes com esquizofrenia tendem a apresentar maior risco de heteroagressividade (27). Os pacientes depressivos que apresentam sintomas psicóticos tendem a apresentar resposta pobre a tratamento com antidepressivos e psicoterapia (31).

2.3 Depressão Psicótica: Uma entidade clínica distinta?

Evidências recentes sugerem que a Depressão Psicótica apresenta características diagnósticas, tratamento e prognóstico diferentes em relação aos episódios depressivos não-psicóticos (8, 22, 24, 27, 39, 40, 41). Em relação à estabilidade diagnóstica, existe uma grande probabilidade de divergência diagnóstica ao longo dos primeiros anos após um primeiro episódio psicótico. A depressão psicótica, em conjunto com o transtorno psicótico breve, é uma das entidades nosológicas que apresenta maior taxa de variação (42). Um estudo que acompanhou pacientes ao longo dos primeiros dois anos após a internação hospitalar por um primeiro episódio psicótico evidenciou que 41% dos pacientes da amostra tiveram o diagnóstico modificado para transtorno bipolar ou para transtorno esquizoafetivo (40). Outro estudo, que acompanhou pacientes durante quatro anos após um primeiro episódio diagnosticado como episódio depressivo maior com características psicóticas, evidenciou que 29,9% dos pacientes tiveram o diagnóstico alterado para transtorno bipolar – 18,7% – ou transtorno esquizoafetivo – 11,2% (43). Alguns autores sugerem que o diagnóstico de episódio depressivo com características psicóticas deve ser considerado provisório, após ter sido evidenciado, em uma amostra de 80 pacientes diagnosticados com depressão psicótica na primeira internação psiquiátrica, que apenas 45% deles tiveram seu diagnóstico mantido após 10 anos (44).

Em outra amostra de pacientes diagnosticados com depressão severa, psicótica e não-psicótica, apenas 12,1% dos pacientes inicialmente internados por depressão grave tiveram o diagnóstico alterado para transtorno bipolar nos primeiros 10 anos, sendo que as alterações em hipóteses diagnósticas foram

realizadas em sua maioria dentro do primeiro ano após internação. Nesse estudo, o único fator relacionado à mudança de hipótese diagnóstica para transtorno bipolar foi a presença de sintomas hipomaníacos abaixo do limiar diagnóstico, e a presença de sintomas psicóticos não representou maior probabilidade diagnóstica de transtorno bipolar (45).

Alguns pesquisadores sugerem que em novas classificações diagnósticas, a depressão psicótica poderia ser considerada como uma “meta-síndrome” entre a depressão unipolar e o transtorno bipolar (9). A utilização de um modelo “quase-dimensional” para a abordagem dos transtornos afetivos com sintomas psicóticos seria mais bem fundamentada do que a compreensão dicotômica, com melhor correlação dos aspectos clínicos com os achados neurobiológicos (9, 31). Assim, os transtornos psicóticos de humor seriam melhor compreendidos se colocados em um continuum entre os transtornos psicóticos e transtornos afetivos (31). Essa hipótese é ratificada por um estudo recente que evidenciou uma alta probabilidade de que uma classificação dimensional de sintomas poderia ser realizada já nos primeiros episódios de transtornos psicóticos e afetivos, e se manteria estável ao longo do tempo, permitindo uma classificação diagnóstica mais acurada e uma melhor avaliação da severidade dos sintomas ao longo do tempo (46).

Há algumas alterações biológicas que potencialmente estão relacionadas às diferenças entre a forma psicótica e a não-psicótica da depressão. O aumento da atividade dopaminérgica poderia explicar o desenvolvimento de sintomas psicóticos no contexto de um episódio depressivo. A hiperatividade do eixo Hipotálamo-Hipófise-Adrenal (eixo-HHA) tem sido testada mais recentemente usando o teste que combina níveis de

Dexametasona (DEX) e Hormônio Liberador de Corticotrofina (CRH). Pacientes com Depressão Psicótica tem uma resposta neuroendócrina aumentada ao teste de DEX/CRH e níveis menores de resposta de Hormônio do Crescimento (GH) ao teste do Hormônio Liberador do Hormônio do Crescimento (GHRH) do que pacientes deprimidos não-psicóticos (47, 48, 49). Alterações no eixo-HHA podem estar mais relacionadas aos sintomas psicóticos do que à gravidade geral dos sintomas depressivos (48), e o surgimento de sintomas psicóticos em pacientes deprimidos pode ser um reflexo da hipercortisolemia e um aumento secundário da atividade dopaminérgica (49, 50). Além disso, existe uma associação entre hiperatividade do eixo-HHA e suicídio em pacientes com transtorno de humor, o que poderia explicar a maior incidência de tentativas de suicídio em pacientes com depressão psicótica (47).

Quando se avaliou a relação de tipos de sintomas psicóticos com traços de personalidade, em pacientes deprimidos, evidenciou-se que os pacientes que apresentavam delírios não-congruentes com o humor tinham maior tendência a apresentar traços de personalidade esquizotípica. Já os pacientes que apresentavam delírios exclusivamente congruentes com o humor tinham mais frequentemente traços de personalidade obsessivo-compulsiva. A partir desses achados, infere-se que é possível que os traços de personalidade tenham um papel em modelar o conteúdo dos sintomas psicóticos em pacientes com depressão psicótica (51).

Os pacientes com menor insight em relação aos sintomas psicóticos tendem a apresentar pior prognóstico e maior número de recidivas de episódios depressivos (52). Existe uma controvérsia na literatura acerca do melhor tratamento para a depressão psicótica. Existem *guidelines* que sugerem que o

tratamento combinado de antidepressivo com antipsicótico seria o mais indicado, enquanto outros sugerem a possibilidade de tratamento apenas com antidepressivo (53). Os pacientes com depressão psicótica podem apresentar resposta mais satisfatória ao uso de Eletroconvulsoterapia (ECT) (53, 54, 55). No entanto, por não haver tratamento padrão estabelecido para comparação, os estudos com ECT utilizaram diferentes esquemas terapêuticos para comparação, tornando difícil uma conclusão segura acerca dessa indicação para os pacientes internados com depressão psicótica (27, 56).

A depressão psicótica é frequentemente não diagnosticada. Quando os sintomas psicóticos se apresentam de forma mais sutil, há uma tendência a não diagnosticar a depressão como psicótica, levando ao tratamento insuficiente, não direcionado à psicose. De forma inversa, quando os sintomas psicóticos são proeminentes, há uma tendência a desconsiderar a presença de sintomas depressivos (57, 58).

Com o objetivo de melhor avaliar a intensidade dos sintomas dos pacientes com depressão psicótica, de forma a otimizar o monitoramento da resposta ao tratamento, foi elaborada uma escala específica, a Psychotic Depression Assessment Scale (PDAS) (39). Tal escala teve suas características psicométricas validadas na versão em língua inglesa, e representa os diversos aspectos da depressão psicótica de forma mais abrangente (59). A PDAS é composta pelos seis itens da subescala Hamilton Melancolia (HAM-D₆) – *humor deprimido, sentimentos de culpa, trabalho e atividades, retardo psicomotor, ansiedade psíquica e sintomas somáticos em geral* – (60), e por cinco itens da Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) que tiveram um equilíbrio adequado entre validade de conteúdo e

clínica, unidimensionalidade e responsividade – *comportamento alucinatório, alteração no conteúdo de pensamento, desconfiança, embotamento afetivo e retraimento afetivo* (11, 39). Tal escala ainda não foi validada para o português.

Para o mesmo paciente, os episódios com sintomas psicóticos tendem a ser mais graves do que os episódios sem sintomas psicóticos (10, 28). Evidências conflitantes mostram que em algumas amostras de pacientes a quantidade de sintomas depressivos se correlaciona com a presença de sintomas psicóticos (23). Porém, mesmo nessas amostras é possível evidenciar a presença de indivíduos com episódios depressivos leves a moderados que apresentam sintomas psicóticos, mesmo na ausência de transtorno bipolar ou outros transtornos psicóticos (23, 51). Em relação à intensidade dos sintomas depressivos, quando se compara pacientes depressivos que já apresentaram sintomas psicóticos com aqueles que não apresentaram, a gravidade dos sintomas depressivos varia muito. Ou seja, a gravidade e a quantidade de sintomas depressivos parecem não ser os únicos determinantes para o desenvolvimento de sintomas psicóticos. Assim, formula-se a hipótese de que possam existir fatores distintos dos sintomas depressivos que, de forma independente, influenciam a suscetibilidade individual à psicose (10, 22, 61, 62).

3. JUSTIFICATIVA

Há na literatura atual um déficit de publicações acerca da depressão psicótica, e essa condição é considerada francamente pouco estudada (63), principalmente quando comparada à situação de outros transtornos como a esquizofrenia e o transtorno bipolar, e há poucos estudos clínicos para orientar a conduta terapêutica nessa condição. Para melhor compreender essa condição clínica e aumentar a quantidade e a efetividade dos tratamentos disponíveis, é necessário aumentar o conhecimento acerca das características clínicas que podem auxiliar na diferenciação da depressão psicótica (27, 63).

Os transtornos depressivos são heterogêneos, podendo se manifestar de várias formas. Identificar subgrupos mais homogêneos de indivíduos pode ajudar a entender e a otimizar o manejo clínico dos pacientes, já que a partir disso se tornaria possível encontrar novos alvos biológicos e psicológicos para pesquisa e tratamento (10, 64). Pacientes com Depressão Psicótica podem constituir um desses subgrupos com características distintas de outros grupos de pacientes com transtorno depressivo maior.

Há evidência de correlação entre diversos marcadores biológicos e transtornos de humor, entretanto é escassa a literatura científica relacionando esses marcadores com subtipos específicos de transtorno depressivo e qual a característica desses marcadores em pacientes deprimidos com características psicóticas. Além disso, a maioria desses estudos analisou as diferenças de achados entre depressão atípica e depressão com características melancólicas (65).

Apesar de haver algumas evidências que levaram a recomendações sobre o tratamento agudo da depressão psicótica (26, 66), ainda não se tem

evidências científicas suficientes que indiquem qual o melhor esquema terapêutico para o tratamento de continuação e manutenção da depressão psicótica (63, 67). Existe pouca evidência científica baseada em estudos prospectivos sobre a depressão psicótica. A maioria dos estudos prospectivos foram ensaios clínicos para avaliar esquemas terapêuticos ou estudos para avaliar a estabilidade diagnóstica da depressão psicótica após o primeiro episódio (26, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 56, 57). Um estudo recente apresentou um desenho parecido com o trabalho atual, e comparou as características clínicas e resposta ao tratamento de pacientes com depressão psicótica em relação àqueles com depressão não-psicótica. No entanto esse estudo tinha uma amostra com uma quantidade consideravelmente pequena de pacientes – 36 (68). Estudos sobre o curso da depressão psicótica e as características clínicas que a diferenciam da depressão não-psicótica podem contribuir de maneira significativa para o diagnóstico acurado, o estabelecimento do prognóstico e o planejamento do tratamento (40).

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivos Gerais

Avaliar se há diferenças clínicas que se correlacionam com os sintomas psicóticos em um grupo de pacientes internados na unidade psiquiátrica de um hospital geral universitário por episódio depressivo, com ou sem sintomas psicóticos.

4.2 Objetivos Específicos

a. Avaliar se os sintomas psicóticos em pacientes deprimidos se correlacionam com a intensidade dos sintomas depressivos.

b. Avaliar se as diferenças clínicas entre os pacientes deprimidos psicóticos e não-psicóticos se mantêm, mesmo após ter sido realizado tratamento em um ambiente hospitalar e os pacientes apresentarem condições de receber alta.

c. Observar diferenças na resposta ao tratamento de pacientes com depressão, com e sem psicose.

5. METODOLOGIA

5.1 Delineamento

O presente estudo está aninhado ao projeto “Avaliação e seguimento de pacientes com Doença Mental Severa (DMS): fatores diagnósticos, prognósticos e de tratamento e sua associação com marcadores biológicos” (GPPG 10-0265), no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O projeto desenvolveu um estudo de coorte, longitudinal, prospectivo, concorrente, com população fechada. Foi então realizada uma Análise Exploratória dos dados coletados.

5.2 Características da amostra

Foram incluídos, de maneira consecutiva, pacientes internados no Serviço de Psiquiatria do HCPA, que aceitassem participar da pesquisa, após terem sido esclarecidos sobre o que consistia o estudo, sendo apenas incluídos mediante sua conformidade e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). Dos pacientes que concordaram em participar da pesquisa, foram selecionados os dados daqueles que tiveram diagnóstico de Episódio Depressivo Atual.

Foram excluídos do estudo os pacientes que apresentaram as seguintes características:

- (1) Diagnóstico atual de mania ou hipomania.
- (2) Diagnóstico de Esquizofrenia ou Transtorno Esquizoafetivo
- (3) História ativa de Doença Inflamatória, uso de Interferon, de AINEs, imunossuppressores ou corticosteróides.

(4) História atual de Dependência de substâncias psicoativas, ativa nos últimos 60 dias.

(5) Idade < 18 anos completos.

5.3 Avaliação Diagnóstica

5.3.1 Logística de Coleta

Os pacientes incluídos no estudo foram entrevistados por um médico psiquiatra ou residente de psiquiatria dentro das primeiras 72 horas de internação no hospital. Foi realizada uma avaliação diagnóstica através de entrevista semi-estruturada (MINI), avaliação funcional (GAF), questionário sobre sintomas psiquiátricos gerais (BPRS), questionário específico sobre sintomatologia depressiva (HAM-D) e avaliação clínica global (CGI). Tais instrumentos de avaliação estão descritos adiante.

Nesse mesmo momento, um bolsista de iniciação científica treinado realizou coleta de dados sócio-demográficos e realizou questionário sobre a história pregressa da doença, o uso de serviços de saúde e a história de tratamento.

No dia anterior à alta, os pacientes foram reavaliados quanto ao estado funcional (GAF), sintomatologia geral (BPRS), sintomatologia específica (HAM-D) e gravidade (CGI). Além disso, na entrevista realizada no dia anterior à alta, foi verificado se na internação houve identificação de algum outro problema de saúde, além daquele que o trouxe à internação (psiquiátrico ou não). Posteriormente, para os pacientes em que não foi possível coletar, durante o período de internação, todos os dados relativos à história da doença, perfil clínico prévio à internação e dados sócio-demográficos relevantes, foi

realizada pesquisa em prontuário, baseando as informações da pesquisa no melhor dado disponível.

5.3.2 Instrumentos

Entrevista Neuropsiquiátrica Semi-Estruturada – Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)

O M.I.N.I. é um instrumento destinado à pesquisa, criado com o objetivo de realizar avaliação diagnóstica de forma simples e breve. Consiste em uma entrevista estruturada, aplicada em cerca de 15-30 minutos, e é compatível com o diagnóstico psiquiátrico pelo critérios do DSM-IV. Sua estrutura é feita em módulos diagnósticos independentes que avaliam a presença de 17 transtornos psiquiátricos do eixo I, conforme DSM-IV, risco de suicídio, e a presença de transtorno de personalidade anti-social. Já foi validado e adaptado para o português (69).

Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica, versão ancorada (BPRS-A)

Escala de sintomatologia psiquiátrica geral que é aplicada por entrevistador. É composta por 18 itens que podem variar de intensidade de 0 a 6, sendo que 0 representa “ausente” e 6 representa “extremamente grave”. A pontuação é baseada tanto com base na entrevista clínica quanto na observação do comportamento do paciente (70). Ela tem sido amplamente utilizada para avaliar sintomas positivos, negativos, e afetivos dos pacientes com transtornos psicóticos, especialmente daqueles pacientes que apresentam transtorno moderado ou grave (71).

Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) – 17 itens – Versão Brasileira

A Escala de Avaliação para Depressão de Hamilton (72, 73, 74) é uma escala de múltipla escolha que avalia severidade de sintomas depressivos através de entrevista com o paciente. Cada questão pode ter respostas de 0 a 4 que variam conforme a severidade e 17 itens contribuem para o escore total. É administrada pelo pesquisador e historicamente tem servido como escala de depressão padrão para comparação com novas escalas desenvolvidas mais recentemente (75).

Impressão Clínica Global (CGI)

É uma escala concisa utilizada clinicamente para avaliar a impressão da gravidade do transtorno que o paciente apresenta, bem com a resposta ao tratamento. Sua pontuação varia entre “0” que representa “Não está doente” até 7 que representa “Extremamente Grave”. Ao utilizar a CGI, o clínico deve levar em consideração vários aspectos, tais como, sintomas específicos, história clínica, circunstâncias psicossociais e o impacto dos sintomas na capacidade funcional do indivíduo. A partir disso, tem-se uma descrição sumarizada da condição geral do paciente (76, 77).

Escala de Avaliação Global de Funcionamento (GAF)

O GAF é uma forma simples de medir os transtornos psicopatológicos, principalmente em pacientes com transtorno mental severo. Essa medida foi criada pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), na edição revisada do DSM III. Ela consiste em uma série de afirmações ranqueadas e

correspondentes a uma escala numérica, que varia de 1-10 (Perigo persistente de machucar a si ou a outros; ou inabilidade persistente em manter higiene pessoal mínima; ou ato suicida sério com a clara expectativa de morte) até 91-100 (Funcionamento superior em uma vasta gama de atividades, os problemas de vida nunca parecem sair de controle, os outros o buscam por suas várias qualidades positivas; sem sintomas) (78).

Protocolo de pesquisa

Foi aplicado um questionário sobre dados clínicos e sócio-demográficos não contemplados nas escalas aplicadas. Tais resultados foram utilizados para avaliar e comparar a história da doença, medindo indiretamente a gravidade e o grau de comprometimento causada pelas condições clínicas estudadas.

5.4 Análise Estatística

Para análise estatística dos dados foi utilizado o software SPSS versão 18.0. Foi realizado teste de Kolmogorov-Smirnov para testar a normalidade da distribuição das variáveis. Foram aplicadas Equações de Estimação Generalizadas (GEE) para estimar a variação nas médias das escalas entre a admissão e a alta hospitalar dos pacientes que constituíram a população do estudo. Para controlar o potencial de viés de confusão, os resultados foram ajustados em relação às seguintes variáveis: história prévia de mania ou hipomania; história prévia de uso de substâncias; sexo; idade; e anos de estudo. Foi utilizado um valor de $p < 0,05$ como critério de significância estatística.

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os pacientes da amostra que aceitaram o convite para participar do estudo preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido, previamente à inclusão na pesquisa. Os pacientes tiveram a identidade mantida sob sigilo e as informações coletadas foram usadas exclusivamente para fins científicos. O consentimento foi obtido do próprio paciente quando este estava com juízo crítico preservado; quando não havia capacidade de consentir em decorrência de alteração no juízo crítico, foi solicitado o consentimento através de seu responsável legal. Se, no decorrer da pesquisa, o paciente recuperasse o seu juízo crítico e não concordasse com o consentimento dado pelo responsável, seus dados seriam excluídos do estudo.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sob o registro de número 10-0265. A análise exploratória que resultou na presente dissertação foi realizada com os dados desse estudo, não sendo utilizados os dados referentes à coleta de sangue realizada, nem os dados coletados em alguns instrumentos de avaliação psicológica.

7. ARTIGO

Submetido para publicação: Acta Psychiatrica Scandinavica

Fator de Impacto: 5.545

Submission Confirmation

Thank you for submitting your manuscript to *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

Manuscript ID: ACP-2015-5112

Title: Psychotic versus Non-Psychotic Depression: Prospective Symptom Differences in Hospitalized Patients

Authors: Costa, Felipe
Trachtenberg, Eduardo
Boni, Aline
Magalhães, Pedro
Rocha, Neusa Sica

Date Submitted: 16-May-2015

Psychotic versus Non-Psychotic Depression: Prospective Symptom Differences in Hospitalized Patients

A Prospective Study of Psychotic Depression

Felipe Bauer P. Costa¹, Eduardo Trachtenberg^{2,3}, Aline Boni⁴, Pedro Vieira da Silva Magalhães^{1,4,5}, Neusa Sica Rocha^{1,4}

¹Federal University of Rio Grande do Sul, Post Graduation Program: Psychiatry, Porto Alegre, RS, Brazil. ²São Pedro Psychiatric Hospital, Porto Alegre, RS, Brazil. ³Mario Martins University Foundation, Department of Psychopharmacology, Porto Alegre, RS, Brazil. ⁴Federal University of Rio Grande do Sul, Department of Psychiatry and Legal Medicine, Hospital de Clinicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brazil. ⁵Federal University of Rio Grande do Sul, Molecular Psychiatry Laboratory, Porto Alegre, RS, Brazil.

Felipe Bauer Pinto da Costa

E-mail: fbpcosta@gmail.com Phone/fax number: +55 51 33085624

Post Graduation Program: Psychiatry, Federal University of Rio Grande do Sul.

Rua Ramiro Barcelos, 2400 – 2º andar. ZIP Code 90035-003, Bairro Santa Cecília

Porto Alegre, RS, Brazil

Abstract

Objective: There is increasing evidence that depressive symptoms severity may not correlate to the presence of psychotic features in a depressive episode. We aim to evaluate clinical differences between psychotic and non-psychotic depressive inpatients.

Method: 288 hospitalized patients with depressive episode were assessed within 72 hours after hospitalization and 24 hours before discharge. 131 of these patients (45.4%) presented psychotic features during the depressive episode. We compared depressive patients with and without psychotic features in relation to the intensity of depressive symptoms, functionality and psychiatric general symptomatology.

Results: After adjusting for potential confounding variables, we found that both groups showed similar HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression) mean scores at admission and at discharge. The other measured variables, however, presented significant differences between groups. Psychotic patients had worse BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), CGI (Clinical Global Impression) and GAF (Global Assessment of Functioning) scores both at baseline and at endpoint.

Conclusion: Psychotic depressive inpatients showed worse clinical and functional parameters. However, between-group differences were not correlated to the depressive symptoms severity. These findings reinforce the hypothesis that depressive episode with psychotic features may be a distinct form of

psychiatric disorder that outlines an intersection of affective and psychotic dimensions.

Keywords: Affective Disorders; Depression; Psychosis; Psychotic Affective Disorders

Significant outcomes:

- Depressive inpatients with psychotic symptoms presented worse performance in general psychopathology, worse functionality, and had more disability than non-psychotic patients, at admission and at discharge.
- We found no difference in depressive symptom severity between psychotic and non-psychotic patients. This finding may be an indicative that the presence of psychotic symptoms in a depressive episode does not correlate with the intensity of depressive symptoms.

Limitations:

- This is an exploratory analysis, and it allows us to estimate correlations only, even though it was a prospective design.
- There may be between-group differences due to uncontrolled diversity in treatment schemes.

Introduction

Depressive episodes with psychotic features are possibly distinct, with discrete clinical characteristics, treatment and prognosis in relation to the non-psychotic form of the disorder (1, 2). There is increasing evidence that the psychotic features in these patients cannot be explained exclusively by depressive symptoms severity (3, 4). A considerable proportion of depressed individuals, 14.7–18.5%, have psychotic symptoms during their lifetime (1, 5). Such rate might be even higher among hospitalized patients, reaching 25% (6, 7, 8).

An optimal classificatory model for depressive disorders has not been established yet (9). It has been suggested that what today is characterized as major depressive psychotic disorder may be more closely aligned with other psychotic diagnoses than previously thought (10). Only few recent studies on psychotic illness have focused attention on the nosological, clinical, and biological characteristics of depressive disorder with psychotic features – or psychotic depression (PD) (9, 11). This diagnostic category reflects the co-occurrence of symptom categories, depicting the intersection of dimensions of psychotic and affective psychopathology (10, 12). Some authors suggest that Depressive Episode is a diagnostic label that covers heterogeneous clinical presentations (12, 13, 14).

There is scant prospective evidence on the characteristics of psychotic depression (11, 15). In one naturalistic outcome study with depressed inpatients, approximately 10% of the subjects had psychotic depression and patients taking antipsychotic medications had a shorter time to relapse,

suggesting that the psychotic features represented a risk factor for relapse (15). Psychotic depression has also been connected with a worse long-term outcome, when compared to non-psychotic depression (16).

Aims of the study

The aim of this study is to investigate differences and variations in clinical features between psychotic and non-psychotic depressed inpatients, throughout hospitalization. We assessed depressive symptoms intensity, clinical improvement during hospitalization period, history of previous episodes, as well as socio-demographic between-group differences at enrollment and endpoint.

Material and methods

Study sample

This is an exploratory analysis of a naturalistic longitudinal study at the psychiatric unit of *Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, a tertiary care university hospital in the south of Brazil. Data were collected from May 2011 to December 2013. Inpatients with severe mental disorder were consecutively invited to participate. Written informed consent was obtained, and the study was approved by the local ethics committee.

Inclusion criteria were diagnosis of depressive episode by Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) semi-structured interview (17, 18), performed in the first 72 hours of admission. Exclusion criteria were substance use disorder, schizophrenia or schizoaffective disorder diagnosis, concomitant mania or hypomania, age under 18 years old, and hospitalization stay lower than 7 days.

Outcome measures

We chose the Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) (19) and the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (20, 21) to measure depressive and psychiatric symptoms intensity. In order to evaluate clinical improvement during hospitalization period, we performed Clinical Global Impression – CGI (22) – and Global Assessment of Functioning – GAF (23) – and assessed length of hospitalization, number of previous hospitalizations, number of lifetime suicide attempts and Electroconvulsive therapy (ECT) in current hospitalization.

Clinical measures were performed by psychiatrists and psychiatry residents who were not part of the team which performed the clinical management of the patients, and the assessments were made in the first 72 hours of admission and within the 24 hours before discharge. Socio-demographic and clinical information were collected with the best information available – patient interview or medical records.

Statistical Analysis

Analyses were performed with SPSS software 18.0 version. Kolmogorov-Smirnov test evaluated normality distribution of the sample. We performed General Estimating Equations (GEE) to estimate before-and-after treatment variation in scales means. In order to control for potential confounding factors, analyses were adjusted for variables that could correlate with the difference in symptomatology found between psychotic and non-psychotic patients: history of mania/hypomania, previous history of substance use, gender, age, years of education. Data were analyzed using GEE, which make it possible to analyze discrete and continuous outcomes when the variables do not present normal distribution (24). Also, GEE allow to examine information in spite of loss of individuals from sample, which minimizes the consequences of loss of data to the results (24, 25, 26). To measure the goodness of fit, it was calculated the Corrected Quasi Likelihood under Independence Model Criterion (QICC) (25, 26).

Results

306 patients that accepted to participate in the study met inclusion criteria. Eighteen of these patients had incomplete data record, and so were excluded of the study. Of the 288 patients remaining, 131 (45.4%) presented psychotic symptoms. Both psychotic and non-psychotic patients had a greater number of female patients (59.2 and 60.3%, respectively), and there was no statistically significant difference in gender distribution between both groups.

Age at onset was younger for psychotic patients [31.67 (SE 1.20) vs. 35.88 (SE 1.20), $p= 0.015$], as well as age at hospitalization [42.92 (SE 1.22) vs. 47.61 (SE 1.19), $p= 0.007$]. The mean hospitalization time was greater for psychotic patients [32.55 (SE 1.99) vs. 25.51 (SE 1.08) days, $p= 0.015$], who had also more previous suicide attempts [2.00 (SE 0.22) vs. 1.15 (SE 0.11), $p= 0.001$]. Psychotic patients had more previous hospitalizations [4.26 (SE 0.56) vs. 2.33 (SE 0.32), $p= 0.004$]. Frequency of Electroconvulsive therapy during hospitalization was not statistically different between the two groups (30.0% vs. 24.0%, $p= 0.262$) (Table 1).

(INSERT TABLE 1 HERE)

Clinical Outcomes

Intensity of depressive symptoms

Comparing intensity of depression (HAM-D scores) between psychotic and non-psychotic depressed patients, we found no significant differences both at admission [23.59 (IC 95%, 22.08-25.10) vs. 22.25 (IC 95%, 20.83-23.66), $p=$

0.211] and at discharge [8.51 (IC 95%, 7.12-9.90) vs. 6.79 (IC 95%, 5.67-7.92), $p= 0.056$]. Both groups, however, presented a significant improvement in HAM-D mean scores during hospitalization, showing a similar response to hospital treatment. Psychotic patients had an improvement of 16.05 points (SE 0.60) in mean scores, from admission to discharge, while non-psychotic patients had an improvement of 14.52 points (SE 0.52), and within each group both variations were statistically significant ($p<0.001$, Bonferroni adjusted). The analysis between groups showed that the amount of variation from admission to discharge was not statistically different between groups ($p= 0.749$, Bonferroni adjusted).

General psychiatric symptomatology

BPRS mean scores were statistically different between psychotic and non-psychotic depressed patients, both at admission [32.66 (CI 95%, 30.62-34.70) vs. 20.08 (CI 95%, 18.30-21.85), $p<0.001$, Bonferroni adjusted] and at discharge [11.73 (CI 95%, 10.00-13.46) vs. 8.56 (CI 95%, 6.97-10.15), $p=0.002$, Bonferroni]. Also, the variation of mean scores from admission to discharge was different between both groups, namely, psychotic patients presented a greater improvement in general psychiatric symptomatology during hospitalization [$\Delta 20.92$ (SE 1.06) vs. $\Delta 11.51$ (SE 0.81), $p<0.001$, Bonferroni adjusted].

Psychotic depressive patients presented higher mean CGI scores at admission [4.91 (CI 95%, 4.74-5.08) vs. 4.23 (CI 95%, 4.03-4.43), $p< 0.001$, Bonferroni adjusted]. At discharge, the groups still presented different scores [3.71 (CI 95%, 3.44-3.99) vs. 3.17 (CI 95%, 2.89-3.45), $p= 0.005$]. The variation from

admission to discharge was not different between both groups, and both psychotic and non-psychotic patients presented similar amount of improvement during hospitalization period ($\Delta 1.20$ vs. $\Delta 1.06$, $p = 0.498$).

Functionality

GAF mean scores showed different results between psychotic and non-psychotic depressive patients. We found statistically significant different mean scores at admission [25.93 (CI 95%, 23.40-28.47) vs. 33.20 (CI 95%, 30.13-36.27), $p < 0.001$] and also at discharge [57.44 (CI 95%, 53.61-61.27) vs. 65.31 (CI 95%, 61.66-68.95), $p = 0.004$]. Both groups improved from admission to discharge, and the variation was similar between groups (psychotic= $\Delta 31.51$, non-psychotic= $\Delta 32.10$, $p = 0.843$) (Table 2, Figure 1).

(INSERT TABLE 2 HERE)

(INSERT FIGURE 1 HERE)

Discussion

In the comparison between groups, depressive patients with psychotic symptoms presented worse performance in general psychopathology, worse functionality, and had more disability than non-psychotic patients, at enrollment and at endpoint. However, comparing admission to discharge, both groups presented improvement in the clinical parameters assessed. Notably, we only found before-and-after variation difference between psychotic and non-psychotic patients on general psychopathology, i.e., psychotic patients showed greater improvement during hospitalization time on BPRS than the non-psychotic patients. It was possible to bring out the evidence that BPRS may be useful to evaluate psychotic depression, and as we were performing our study, this finding was also evidenced in validation studies performed independently in other centers (27, 28). Accordingly, a recent study concluded that a subscale of the BPRS, the BPRS-5 subscale, could be regarded as a more sensitive subset of items in screening psychotic depression (27).

We found no difference between groups in depressive symptom severity, measured by HAM-D mean scores, and it might be an indicative that the presence of psychotic symptoms in a depressive episode does not correlate with the intensity of depressive symptoms. This finding is in accordance with previous studies that triggered the discussion in literature that nowadays suggests that psychotic depression has some features that may not be assumed as secondary to depression severity (3,4). Although it is expected that for the same patient the psychotic depressive episodes tend to be more severe than the non-psychotic episodes (4), when we compared depressive inpatients,

the intensity of the depressive symptoms was not greater among psychotic patients.

We assessed HAM-D and BPRS to measure intensity of depressive and psychotic symptoms, respectively. Likewise, there are recent articles using a combination of these scales to measure psychotic depression symptoms, and this combination has originated a new scale, the Psychotic Depression Assessment Scale (PDAS) (2, 28). This is a composite scale that has been shown useful to measure treatment response and clinical differences between groups of depressed patients with and without psychotic features. The PDAS seems to be valid to assess the intensity of the symptomatology of psychotic depressed inpatients (2, 27, 28). Future investigation with the PDAS may be developed to evaluate the population that constituted the study sample.

This is a naturalistic observational study carried out in the psychiatric ward of a general hospital. One advantage of using a naturalistic design is to have a scenario closer to real-life treatment settings, increasing the range of patients to whom we can generalize the findings. Taking into consideration the gap between efficacy and effectiveness (15) that takes place when generalizing the results of research to the clinical setting, naturalistic studies play a unique role in order to close such gap. Our study had a larger sample than other similar studies (11), which strengthens the findings.

Another conclusion of our study is that psychiatric hospitalization is an effective alternative in the treatment of severely depressed patients, since both groups of patients we assessed – psychotic and non-psychotic depressed inpatients -

showed a significant improvement in all clinical variables measured when compared admission to discharge. It is noteworthy the substantial improvement of the symptomatology in the majority of the sample, giving the mean hospitalization time – 28.4 days – and the amount of improvement in the period, with the average HAM-D scores being close to the depressive threshold at discharge, for both psychotic and non-psychotic depressed inpatients. A similar study, in spite of a total sample of 36 patients, found a smaller improvement in depressive symptoms (11), and only 44.4% of the patients achieved remission of depressive symptoms, with a mean hospitalization time of 24.39 days.

The analysis between groups showed that psychotic patients had worse scores in clinical and functioning parameters – CGI, GAF – and showed a tendency that these patients have worse history of disease, since psychotic patients had more suicide attempts and had a strong tendency to present with more previous hospitalizations. Also, the length of stay was greater for psychotic patients, and we hypothesized that the main reason for this is the longer time to remission of psychotic symptoms. Other studies with samples of hospitalized patients have found that the main reason for not improvement was the persistence of psychotic symptoms, and that these symptoms were remarked as being responsible for worse outcomes, as well as for poorer response to pharmacological treatment (11, 15, 29). Our finding that the mean BPRS scores at discharge were still significantly higher among psychotic patients is in consonance with the literature on this topic and stresses on the necessity of exploring the psychotic symptoms independently from the depressive aspects of the disease (2, 27).

The understanding about psychotic states derives mainly from research on schizophrenia and bipolar disorder (9, 10, 30, 31, 32). Some differences are notable, however, between psychosis in depression and in bipolar disorder or schizophrenia. In psychotic depression, for example, age at first psychotic episode tends to be more equally distributed across the lifespan, while in bipolar disorder and schizophrenia first episode usually occurs at a younger age (10). In conformity, the mean age of onset of psychotic depression in our sample is in the range of the fourth decade of life – 31.67 years-old –, which is older than the usual age of onset for bipolar disorder or schizophrenia (33, 34). However, in our sample the mean age at onset was younger for psychotic depressive patients, comparing to non-psychotic patients.

Our study had some limitations. An exploratory analysis allows us to estimate correlations only, but no causal inferences can be made, even though it was a prospective study. Also, an observational study does not allow us to standardize the treatment regimens during hospitalization, and there may be between-group differences due to uncontrolled diversity in treatment schemes.

Psychotic depression is yet a topic in which further research is required to understand its differences in relation to other affective disorders, such as non-psychotic depression or bipolar disorder, as well as to other psychotic disorders, such as schizophrenia. Recent studies tried to standardize a way to better evaluate psychotic depressed patients (2, 27), and our study was developed towards the same direction, in an effort to identify clinical presentations that could help understand the differences between the psychotic and the non-psychotic form of depression, since there is increasing evidence pointing out

that the intensity of depressive symptomatology is not sufficient to unfold psychotic features.

Our findings stress out the necessity to better evaluate psychotic depressive patients, since clinical differences in relation to the non-psychotic form of disorder are not merely restricted to the symptom intensity. We consider that studying underlying mechanisms, through the biomarkers involved and the molecular differences between psychotic and non-psychotic depression, is the next step in trying to elucidate the differences and similarities of these disorders, in order to optimize treatment options and ameliorate outcome and the quality of life of these patients.

Acknowledgements

This study was supported by grants from FIPE-HCPA (10-265) and from Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES) from Brazilian Ministry of Education. The authors would like to thank the 10-265-HCPA project research group for data collection.

Declaration of interest

The authors declare no conflicts of interests.

References

1. JOHNSON J, HORWATH E, WEISSMAN MM. The validity of major depression with psychotic features based on a community study. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48:1075-1081.
2. ØSTERGAARD SD, MEYERS BS, FLINT AJ et al. Measuring Psychotic Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2014; 129:211-220.
3. ØSTERGAARD SD, BILLE J, SOLTOFT-JENSEN H, LAUGE N, BECH P. The validity of the severity–psychosis hypothesis in depression. *Journal of Affective Disorders* 2012; 140:48–56.
4. FORTY L, JONES L, JONES I et al. Is depression severity the sole cause of psychotic symptoms during an episode of unipolar majordepression? A study both between and within subjects. *Journal of Affective Disorders* 2009; 114(1-3):103-109.
5. OHAYON MM, SCHATZBERG AF. Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 1855-1861.
6. CORYELL W, PFOHL B, ZIMMERMANN M. The clinical and neuroendocrine features of psychotic depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1984; 172: 521-528.
7. BALDWIN RC, JOLLEY DJ (1986). The prognosis of depression in old age. *British Journal of Psychiatry* 149: 574-583.
8. GOURNELLIS R, LYKOURAS L, FORTOS A, OULIS P, ROUMBOS V, CHRISTODOULOU GN. Psychotic (delusional) major depression in late life: a clinical study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2001; 16:1085-1091.
9. MAHLI GS, PARKER GB, GREENWOOD J. Structural and functional models of depression: from subtypes to substrates. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005; 111(2): 94-105.
10. O. OWOEYE, KINGSTON T, SCULLY PJ et al. Epidemiological and Clinical Characterization Following a First Psychotic Episode in Major Depressive Disorder: Comparisons with Schizophrenia and Bipolar I Disorder in the Cavan-Monaghan First Episode Psychosis Study (CAMFEPS). *Schizophrenia Bulletin* 2013; 39(4):756–765.
11. BUOLI M, CALDIROLI A, ALTAMURA AC. Psychotic versus non-psychotic major depressive disorder: A comparative naturalistic study. *Asian Journal of Psychiatry* 2013; 6:333–337.

12. WADDINGTON JL, BUCKLEY PF. Psychotic depression: an underappreciated window to explore the dimensionality and pathobiology of psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 2013; 39(4):754-755.
13. GLASSMAN AH, ROOSE SP: Delusional depression: a distinct clinical entity? *Archives of General Psychiatry* 1981; 38:424–427.
14. HELMS PM, SMITH RE: Recurrent psychotic depression: evidence of diagnostic stability. *Journal of Affective Disorders* 1983; 5:51–54.
15. SEEMÜLLER F, MEIER S, OBERMEIER M et al. Three-Year long-term outcome of 458 naturalistically treated inpatients with major depressive episode: severe relapse rates and risk factors. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2014; 264(7):567-575.
16. COPELAND JR. Psychotic and neurotic depression: discriminant function analysis and five-year outcome. *Psychological Medicine* 1983; 13(2):373–383.
17. SHEEHAN DV, LECRUBIER Y, SHEEHAN KH et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998; 59(20):22–33;quiz34–57.
18. AMORIM P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): Validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22:106-115.
19. HAMILTON M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 1967; 6: 278-296.
20. HEDLUND JL, VIEWEG BW. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): a comprehensive review. *Journal of Operational Psychiatry* 1980; 11:48-65.
21. ZUARDI AW, LOUREIRO SR, RODRIGUES CRC, CORREA AJ, GLOCK SS ET al. Estudo da estrutura fatorial, fidedignidade e validade da tradução e adaptação para o português da Escala de Validação Psiquiátrica Breve (BPRS) Modificada. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Psiquiátrica da América Latina*. 1994; 16: 63-68.
22. JONES SH, THORNICROFT G, COFFEY M, DUNN G. A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Psychiatry*. 1995; 166:654–659.
23. GUY W. Clinical Global Impressions CGI. Assessment manual for psychopharmacology. National Institute of Mental Health; 1976. p. 217-222.
24. NOORAE N, MOLENBERGHS G, VAN DEN HEUVEL ER. GEE for longitudinal ordinal data: Comparing R-geepack, R-multgee, R-repolr, SAS-

GENMOD, SPSS-GENLIN Computational Statistics and Data Analysis 2014; 77:70–83.

25. ZEGER SL, LIANG KY. Longitudinal data analysis for discrete and continuous outcomes. *Biometrics* 1986; 42(1):121-30.

26. LIANG K-Y, ZEGER SL. Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika* 1986; 73(1):13-22.

27. PARK SC, ØSTERGAARD SD, CHOI J et al. Is the BPRS-5 subscale of the psychotic depression assessment scale a reliable screening tool for psychotic depression?: Results from the CRESCEND Study. *Journal of Affective Disorders* 2015; 174:188–191.

28. ØSTERGAARD SD, MEYERS BS, FLINT AJ et al. Measuring treatment response in psychotic depression: The Psychotic Depression Assessment Scale (PDAS) takes both depressive and psychotic symptoms into account. *Journal of Affective Disorders* 2014; 160:68-73.

29. GAUDIANO BA, BEEVERS CG, MILLER IW. Differential response to combined treatment in patients with psychotic versus non-psychotic major depression. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 2005; 193(9):625-628.

30. INSEL TR. Rethinking schizophrenia. *Nature* 2010; 468:187–193.

31. KANE JM, CORNBLATT B, CORRELL CU et al. The field of schizophrenia: strengths, weaknesses, opportunities, and threats. *Schizophrenia Bulletin*. 2012; 38:1–4.

32. NASRALLAH H, TANDON R, KESHAVAN M. Beyond the facts in schizophrenia: closing the gaps in diagnosis, pathophysiology, and treatment. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2011; 20:317–327.

33. MUESER KT, MCGURK SR. Schizophrenia. *Lancet* 2004; 363(9426):2063-2072.

34. KESSLER RC, ANGERMEYER M, ANTHONY JC et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007; 6(3): 168–176

Tabela 1.

Table 1: Socio-Demographic and Clinical characteristics of Depressed Inpatients (n=288)				
% or mean (SD)				
		Psychotic (n=131)	Non-Psychotic (n=157)	<i>p</i> -value
Gender	Male	40.8%	39.7%	0.861
Age		42.92 (1.22)	47.61 (1.19)	< 0.05
Age at onset (years)		31.67 (1.20)	35.88 (1.20)	< 0.05
Length of stay (days)		32.55 (1.99)	25.51 (1.08)	< 0.005
Number of attempted suicides		2.00 (0.22)	1.15(0.11)	< 0.005
Number of previous hospitalizations		4.26(0.56)	2.33(0.32)	< 0.005
ECT in current hospitalization	Yes	30.0%	24.0%	0.262

ECT=Electroconvulsive Therapy

Tabela 2.

Table 2: Differences in clinical variables at admission and at discharge comparing psychotic and non-psychotic depressed inpatients – Mean scores (CI 95%)

	Admission		<i>p</i> -value	Discharge		<i>p</i> -value
	Psychotic	Non-Psychotic		Psychotic	Non-Psychotic	
HAM-D	23.59 (22.08-25.10)	22.25 (20.83-23.66)	0.211	8.51 (7.12-9.90)	6.79(5.67-7.92)	0.056
BPRS	32.66 (30.62-34.70)	20.08 (18.30-21.85)	< 0.001	11.73 (10.00-13.46)	8.56 (6.97-10.15)	< 0.005
CGI	4.91 (4.74-5.08)	4.23 (4.03-4.43)	< 0.001	3.71 (3.44-3.99)	3.17 (2.89-3.45)	< 0.05
GAF	25.93 (23.40-28.47)	33.20 (30.13-36.27)	< 0.001	57.44 (53.61-61.27)	65.31(61.66-68.95)	< 0.005

HAM-D: Hamilton Rating Scale for Depression; BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; CGI: Clinical Global Impression; GAF: Global Assessment of Function.

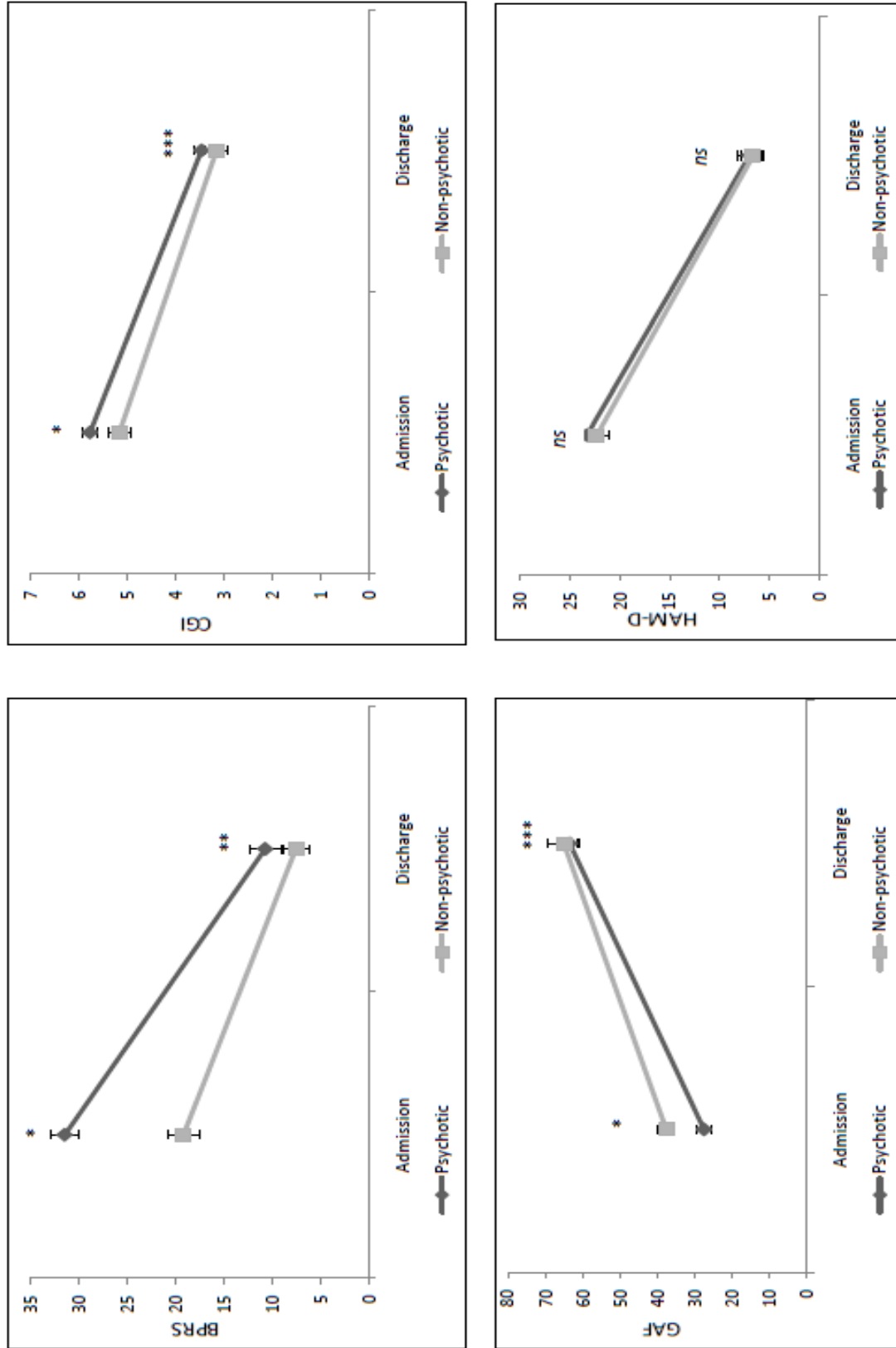


Figure 1. Improvement of clinical and functional characteristics during hospitalization (variation of mean scores; * $p < 0.001$, ** $p < 0.005$, *** $p < 0.05$, ns= non-significant). BPRS presented worse scores for psychotic patients both at admission and at discharge, and the psychotic patients presented a significant greater improvement during hospitalization. Psychotic depressive patients presented worse CGI and GAF scores both at admission and at discharge, but the improvement curve was similar for both groups (psychotic and non-psychotic). HAM-D scores presented no significant differences between groups.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde os primeiros relatos sobre quadros de alterações no humor e sintomas depressivos, que datam dos séculos I e II, quadros de agitação psicomotora e desconexão com a realidade já eram descritos em associação com sintomas de melancolia (14, 15). Mesmo que já nessas primeiras descrições houvesse a hipótese de que uma alteração orgânica pudesse estar relacionada com o surgimento tais sintomas, com o passar do tempo e uma maior capacidade de descrição da psicopatologia – pelo aumento da capacidade tanto de observação de pacientes quanto de registro dos casos clínicos – os quadros que apresentavam sintomas depressivos foram sendo agrupados conforme as semelhanças na sua apresentação, à medida que foram criadas classificações diagnósticas dos transtornos mentais.

Dessa forma, os quadros que cursavam com depressão e sintomas psicóticos associados foram sendo agrupados ao longo dos últimos anos com outros quadros de sintomas de humor. No entanto, há um crescente número de pesquisadores que contestam o conceito de depressão como quadro clínico único, e formulam a hipótese de que, dentro do que hoje é classificado como Depressão Maior, existem apresentações clínicas distintas entre si, que poderiam representar na realidade outros subtipos de síndromes psiquiátricas. Assim, os quadros depressivos com sintomas psicóticos – ou a Depressão Psicótica – são referidos como uma dessas síndromes cujos sintomas de humor são proeminentes, mas que além das características semelhantes a outros transtornos do humor, apresentam diferenças clínicas marcantes, que podem influenciar na resposta a um tratamento proposto e no prognóstico (41, 60, 61).

Nesse sentido, após terem sido identificadas as semelhanças entre os quadros clínicos que cursam com sintomas do humor, torna-se fundamental avaliar as diferenças existentes entre tais quadros, para melhorar a compreensão diagnóstica e avaliar se a classificação dos quadros depressivos sob um mesmo rótulo ainda é válida. Uma das hipóteses existentes é a de que os quadros de depressão psicótica seriam um subtipo da depressão melancólica (62, 65). Entretanto, há evidências de que os sintomas psicóticos dos pacientes deprimidos podem estar presentes mesmo quando não há características melancólicas associadas, e de que a presença de sintomas psicóticos não se correlaciona com a intensidade dos sintomas depressivos, nos pacientes com quadros de depressão psicótica.

A quantidade de estudos relatando diferenças clínicas relevantes entre os pacientes depressivos psicóticos e não-psicóticos tem aumentado consideravelmente. O presente estudo foi elaborado com o objetivo de avaliar as diferenças clínicas entre os pacientes internados por um episódio depressivo com e sem sintomas psicóticos. Além disso, também foi avaliado se havia correlação clínica entre os sintomas psicóticos e a intensidade dos sintomas depressivos, tendo em vista estudos recentes que questionaram a hipótese de que os sintomas psicóticos nos pacientes deprimidos são relacionados à piora dos sintomas depressivos.

Os resultados do presente trabalho foram semelhantes a alguns estudos recentes que demonstraram que os sintomas psicóticos não podem ser exclusivamente atribuídos à intensidade dos sintomas depressivos. Tanto os pacientes psicóticos quanto os não psicóticos apresentaram graus semelhantes de severidade dos sintomas depressivos. No entanto, os pacientes com

características psicóticas apresentaram história mais grave de sintomas psiquiátricos, com maior número de internações prévias, mais tentativas de suicídio prévias, bem como uma idade de início de sintomas mais precoce. Tais resultados trazem à discussão o fato de que os quadros depressivos psicóticos podem representar um outro subtipo de depressão, ou mesmo pode-se formular a hipótese de que representem um transtorno distinto da depressão maior; ou seja, sugere-se que não seja plausível descrever os sintomas psicóticos apenas como especificadores de um quadro de depressão, sendo necessário que tais episódios sejam melhor classificados, para serem manejados clinicamente da forma mais adequada.

A depressão psicótica muitas vezes é subdiagnosticada e, conseqüentemente, não tratada adequadamente. Esclarecer as diferenças clínicas entre a Depressão Psicótica e Não-psicótica tem o potencial de aumentar o a investigação de sintomas psicóticos entre os pacientes deprimidos, melhorando o manejo clínico e conseqüentemente o prognóstico dos pacientes com Depressão Psicótica.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pan AW, Chen YL, Chung LI, Wang JD, Chen TJ, Hsiung PC. A longitudinal study of the predictors of quality of life in patients with major depressive disorder utilizing a linear mixed effect model. *Psychiatry Research* 2012; 198(3): 412-419.
2. Maes M, Fisjar Z, Medina M, Scapagnini G, Nowak G, Berk M. New drug targets in depression: inflammatory, cell-mediated immune, oxidative and nitrosative stress, mitochondrial, antioxidant, and neuroprogressive pathways. And new drug candidates – Nrf2 activators and GSK-3 inhibitors. *Inflammopharmacology* 2012; 20:127–150.
3. World Health Organization. *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. WHO Press, Geneva, Switzerland, 2008.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC, 2000.
5. American Psychiatric Association. *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. American Psychiatric Publishing, 2013.
6. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Version for 2007.
7. Coryell W, Pfohl B, Zimmermann M. The clinical and neuroendocrine features of psychotic depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1984; 172: 521-528.
8. Schatzberg AF, Rothschild AJ. Psychotic (delusional) major depression: should it be included as a distinct syndrome in DSM-IV? *The American Journal of Psychiatry* 1992; 149(6):733-745.
9. Østergaard SD, Rothschild AJ, Uggerby P, Munk-Jørgensen P, Bech P, Mors O. Considerations on the ICD-11 classification of psychotic depression. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2012; 81: 135–144.
10. Forty L, Jones L, Jones I et al. Is depression severity the sole cause of psychotic symptoms during an episode of unipolar majordepression? A study both between and within subjects. *Journal of Affective Disorders* 2009; 114(1-3): 103-109.
11. Park SC et al. Is the Psychotic Depression Assessment Scale a useful diagnostic tool?: The CRESCEND study. *Journal of Affective Disorders* 2014; 166: 79–85.

12. Østergaard SD, Leadholm AK, Rothschild AJ. Persistent delusional theme over 13 episodes of psychotic depression. *Acta Neuropsychiatrica* 2013; 25(6).
13. Waddington JL, Buckley PF. Psychotic depression: an underappreciated window to explore the dimensionality and pathobiology of psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 2013; 39(4):754-5
14. Roccatagliata G. The Idea of Melancholia in Classical Culture. In: Pichot P, Berner P, Wolf R, Thau K (editors). *Psychiatry: The State of Art*. Springer US, 1985.
15. Akiskal HS. Mood Disorders: Historical Introduction and Conceptual Overview. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's textbook of psychiatry. 9th ed. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2009.
16. Hippus H, Müller N. The work of Emil Kraepelin and his research group in München. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2008; 258 [Suppl. 2]:3–11.
17. Park SC, Lee HY, Sakong JK et al. Distinctive Clinical Correlates of Psychotic Major Depression: The CRESCEND Study. *Psychiatry Investigation* 2014; 11(3): 281-289.
18. Kontaxakis V, Konstantakopoulos G. From DSM-I to DSM-5. *Psychiatriki* 2015; 26(1):13-6.
19. Loch AA. Stigma and higher rates of psychiatric re-hospitalization: São Paulo public mental health system. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2012;34:185-192.
20. Furlan PM, Zuffranieri M, Stange F, Ostacoli L, Patta J, Picci RL. Four-year follow-up of long-stay patients settled in the community after closure of Italy's psychiatric hospitals. *Psychiatric Services*. 2009; 60(9): 1198-202.
21. Torrey EF. *Out of the shadows: confronting America's mental illness crisis*. New York (USA): John Wiley & Sons; 1997.
22. Johnson J, Horwath E, Weissman MM. The validity of major depression with psychotic features based on a community study. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48: 1075-1081.
23. Ohayon MM, Schatzberg AF. Prevalence of depressive episodes with psychotic features in the general population. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 1855-1861.
24. Coryell W, Keller M, Lavori P, Endicott, J. Affective syndromes, psychotic features, and prognosis. *Archives of General Psychiatry* 1990 47: 658–662.

25. Coryell W, Leon A, Winokur G et al. Importance of psychotic features to long-term course in major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153 (4), 483–490.
26. Meyers BS, Flint AJ, Rothschild AJ. A Double-Blind Randomized Controlled Trial of Olanzapine plus Sertraline versus Olanzapine plus Placebo for Psychotic Depression -- The STOP-PD study. *Archives of General Psychiatry*. 2009; 66(8): 838–847.
27. Crebbin K, Mitford E, Paxton R, Turkington D. First-episode psychosis: An epidemiological survey comparing psychotic depression with schizophrenia. *Journal of Affective Disorders* 2008; 105: 117–124.
28. Gaudiano BA, Young D, Chelminski I, Zimmermann M. Depressive symptom profiles and severity patterns in outpatients with psychotic vs nonpsychotic major depression. *Comprehensive Psychiatry* 2008; 49: 421-429.
29. Schaffer A, Flint AJ, Smith E, et al. Correlates of suicidality among patients with psychotic depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2008; 38:403.
30. Lee TW, Tsai SJ, Yang CH, Hwang JP. Clinical and phenomenological comparisons of delusional and non-delusional major depression in the Chinese elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003; 18:486.
31. Gaudiano BA, Dalrymple KL, Zimmerman M. Prevalence and clinical characteristics of psychotic versus nonpsychotic major depression in a general psychiatric outpatient clinic. *Depression and Anxiety* 2009; 26(1): 54-64.
32. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry* 2007; 64:19.
33. Baldwin RC, Jolley DJ. The prognosis of depression in old age. *British Journal of Psychiatry* 1986; 149:574.
34. Gournellis R, Lykouras L, Fortos A et al. Psychotic (delusional) major depression in late life: a clinical study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2001; 16:1085.
35. Meyers BS, Greenberg R. Late-life delusional depression. *Journal of Affective Disorders* 1986; 11: 133–137.
36. Baldwin P, Browne D, Scully PJ, Quinn JF et al. Epidemiology of first episode psychosis: illustrating the challenges across diagnostic boundaries through the Cavan-Monaghan study at 8 years. *Schizophrenia Bulletin* 2005; 31 (3): 624–639.
37. Gournellis R, Oulis P, Rizos E, Chourdaki E, Gouzaris A, Lykouras L. Clinical correlates of age of onset in psychotic depression. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2011; 52: 94–98.

38. Østergaard SD, Waltoft BL, Mortensen PB, Mors O. Environmental and familial risk factors for psychotic and non-psychotic severe depression. *Journal of Affective Disorders* 2013; 147: 232–240
39. Østergaard SD, Meyers BS, Flint AJ et al. Measuring Psychotic Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2014; 129: 211-220.
40. Tohen M, Khalsa HM, Salvatore P, Vieta E, Ravichandran C, Baldessarini RJ. Two-year outcomes in first-episode psychotic depression: The McLean–Harvard first-episode project. *Journal of Affective Disorders* 2012; 136: 1–8.
41. Glassman AH, Roose SP. Delusional depression. A distinct clinical entity. *Archives of General Psychiatry* 1981 38(4):424-7
42. Kingston T, Scully PJ, Browne DJ et al. Diagnostic trajectory, interplay and convergence/divergence across all 12 DSM-IV psychotic diagnoses: 6-year follow-up of the Cavan-Monaghan First Episode Psychosis Study (CAMFEPS). *Psychological Medicine* 2013; 43: 2523–2533.
43. Salvatore P, Baldessarini RJ, Khalsa HMK et al. Predicting Diagnostic Change Among Patients Diagnosed With First-Episode DSM-IV-TR Major Depressive Disorder With Psychotic Features. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2013; 74(7):723-731.
44. Ruggero CJ, Kotov R, Carlson GA, Tanenberg-Karant M, González DA, Bromet EJ. Consistency of the Diagnosis of Major Depression with Psychosis Across 10 Years. *Journal of Clinical Psychiatry* 2011; 72(9): 1207–1213.
45. Nakamura K, Iga J, Matsumoto N, Ohmori T. Risk of bipolar disorder and psychotic features in patients initially hospitalised with severe depression. *Acta Neuropsychiatrica* 2015; 27(2):113-8
46. Russo M, Levine SZ, Demjaha A et al. Association Between Symptom Dimensions and Categorical Diagnoses of Psychosis: A Cross-sectional and Longitudinal Investigation. *Schizophrenia Bulletin* 2014; 40:111–119.
47. Coryell W, Fiedorowicz J, Zimmerman M, Young E. HPA-axis hyperactivity and mortality in psychotic depressive disorder: preliminary findings. *Psychoneuroendocrinology* 2008; 33(5): 654-658.
48. Owashi T, Otsubo T, Oshima A, Nakagome K, Higuchi T, Kamijima K. Longitudinal neuroendocrine changes assessed by dexamethasone/CRH and growth hormone releasing hormone tests in psychotic depression. *Psychoneuroendocrinology* 2008; 33(2):152-161.
49. Contreras F, Menchon JM, Urretavizcaya M, Navarro MA, Vallejo J, Parker G. Hormonal differences between psychotic and non-psychotic melancholic depression. *Journal of Affective Disorders* 2007; 100: 65–73.

50. Schatzberg AF, Rothschild AJ, Langlais PJ, Bird ED, Cole JO. A corticosteroid/dopamine hypothesis for psychotic depression and related states. *Journal of Psychiatric Research* 1985; 19: 57–64.
51. Tonna M, Panfilis C, Marchesi C. Mood-congruent and mood-incongruent psychotic symptoms in major depression: The role of severity and personality. *Journal of Affective Disorders* 2012; 141: 464–468
52. Gerretsen P, Flint AJ, Whyte EM, Rothschild AJ, Meyers BS, Mulsant BH. Impaired insight into delusions predicts treatment outcome during a randomized controlled trial for Psychotic Depression (STOP-PD study). *Journal of Clinical Psychiatry* 2015; 76(4):427-433.
53. Leadholm AKK, Rothschild AJ, Nolen WA, Bech P, Munk-Jørgensen P, Østergaard SD. The treatment of psychotic depression: Is there consensus among guidelines and psychiatrists? *Journal of Affective Disorders* 2013; 145: 214–220.
54. Taylor D, Kerwin R, Paton C. *The Maudsley Prescribing Guidelines*, 8th ed. Taylor & Francis, London, 2005.
55. Parker G, Roy K, Hadzi-Pavlovic D, Pedic F. Psychotic (delusional) depression: a meta-analysis of physical treatments. *Journal of Affective Disorders* 1992; 24 (1): 17–24.
56. Rothschild AJ. Challenges in the treatment of depression with psychotic features. *Biological Psychiatry* 2003; 53 (8): 680–690.
57. Schatzberg AF. New approaches to managing psychotic depression. *Journal of Clinical Psychiatry* 2003; 64 (1): 19–23.
58. Rothschild AJ, Mulsant BH, Meyers BS, Flint AJ. Challenges in differentiating and diagnosing psychotic depression. *Psychiatric Annals* 2006; 36:40-46.
59. Østergaard SD, Pedersen CH, Uggerby P et al. Clinical and psychometric validation of the psychotic depression assessment scale. *Journal of Affective Disorders* 2015; 173: 261–268.
60. Bech, P, Fava M, Trivedi MH, Wisniewski DR, Rush, AJ. Factor structure and dimensionality of the two depression scales in STAR-D: using level 1 datasets. *Journal of Affective Disorders* 2011; 132: 396–400.
61. Østergaard SD, Bille J, Soltoft-Jensen H, Lauge N, Bech P. The validity of the severity–psychosis hypothesis in depression. *Journal of Affective Disorders* 2012; 140: 48–56.

62. Caldieraro MA, Baeza FL, Pinheiro DO, Ribeiro MR, Parker G, Fleck MP. Prevalence of psychotic symptoms in those with melancholic and nonmelancholic depression. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 2013; 201(10): 855-859.
63. Wijkstra J, Lijmer J, Burger H, Geddes J, Nolen WA. PHARMACOLOGICAL TREATMENT FOR PSYCHOTIC DEPRESSION. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Issue 7.
64. Mahli GS, Parker GB, Greenwood J. Structural and functional models of depression : from subtypes to substrates. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005; 111(2): 94-105.
65. Karlović D, Serretti A, Vrkić N, Martinac M, Marčinko D. Serum concentrations of CRP, IL-6, TNF- α and cortisol in major depressive disorder with melancholic or atypical features. *Psychiatry Research* 2012; 198(1): 74-80.
66. Farahani A, Correll CU. Are antipsychotics or antidepressants needed for psychotic depression? A systematic review and meta-analysis of trials comparing antidepressant or antipsychotic monotherapy with combination treatment. *Journal of Clinical Psychiatry* 2012; 73(4): 486–496.
67. Flint AJ, Meyers BS, Rothschild AJ et al. Sustaining remission of psychotic depression: rationale, design and methodology of STOP-PD II. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 38.
68. Buoli M, Caldiroli A, Altamura AC. Psychotic versus non-psychotic major depressive disorder: A comparative naturalistic study. *Asian Journal of Psychiatry* 2013; 6: 333–337.
69. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22(3): 106-115.
70. Romano F, Elkis H. Tradução e adaptação de um instrumento de avaliação psicopatológica das psicoses: a escala breve de avaliação psiquiátrica - versão ancorada (BPRS-A). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1996; 45(1): 43-49.
71. Overall, JE, Gorham DR: The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology Bulletin* 1988; 24: 97-99.
72. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1960; 23: 56-62.
73. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal J SOC of Clinical Psychology* 1967; 6: 278-296.
74. Neto JG, Campos Júnior MS, Hübner CK. Escala de Depressão de Hamilton (HAM-D): revisão dos 40 anos de sua utilização. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas* 2001; 3(1): 10-14.

75. Moreno R, Moreno D. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia: escalas de avaliação para depressão de Hamilton (HAM-D) e Montgomery-Asberg (MADRS). *Revista de Psiquiatria Clínica* 1998; 25 (5): 1-17.
76. Busner J, Targum SD. The Clinical Global Impressions Scale: Applying a Research Tool in Clinical Practice. *Psychiatry MMC* 2007; 4(7): 28-37.
77. Guy W. CGI — Clinical Global Impressions. Assessment manual for psychopharmacology. Rockville, MD: National Institute of Mental Health 1976: 217-22.
78. Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G. A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Psychiatry* 1995;166: 654–659.

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O objetivo deste estudo é avaliar no sangue o nível de algumas substâncias que podem estar alteradas em pessoas com problemas mentais. Você está sendo convidado a participar deste estudo.

Será feita uma amostra de sangue (10mL), no momento da internação e de sua alta hospitalar. O sangue coletado será armazenado, para fins de pesquisa, e os riscos envolvidos neste procedimento são mal-estar passageiro ou mancha roxa no local da coleta de sangue. Além desta coleta de sangue, você fará uma avaliação psiquiátrica e psicológica, composta por entrevista e alguns questionários. A entrevista e o preenchimento dos questionários não envolvem maiores riscos e levará em torno de 40 minutos. Algumas perguntas podem trazer algum desconforto e você tem a liberdade de não respondê-las. Uma parte dessas avaliações será repetida na sua alta e em 6 meses depois, por telefone. O nome do paciente será mantido em sigilo pelos pesquisadores, sendo estes dados utilizados apenas para esta pesquisa. Você não terá nenhum custo pela participação neste estudo.

Eu, _____, fui informado dos objetivos especificados acima e da justificativa desta pesquisa, de forma detalhada e clara. Recebi informações específicas sobre cada procedimento, dos desconfortos e riscos previstos, tanto dos benefícios esperados. Todas minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Além disto, sei que terei liberdade de retirar meu consentimento da participação na pesquisa de acordo com estas informações e a qualquer momento do estudo, sem que isto traga prejuízo ao meu atendimento.

O profissional _____ certificou-me de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial, sem identificação do paciente.

Este documento ficará em duas vias, uma ficará com você e outra ficará arquivada com o pesquisador.

Em caso de dúvidas, entrar em contato com Dr. Marcelo Fleck ou Dra. Neusa Sica da Rocha, pelos telefones 33598294 ou 3359 8413. Serviço de Psiquiatria - HCPA Rua Ramiro Barcelos, 2350 – 4º andar, sala 400N.

Autorizo o uso do material e das informações coletadas para uso em outros estudos futuros aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.

() Sim, autorizo.

() Não, não autorizo.

Assinatura do paciente

Assinatura do investigador

Assinatura do responsável legal

Caso tenha dúvidas sobre questões éticas desta pesquisa, ligue para o Comitê de Ética em Pesquisa-HCPA, fone 51 33598304.

ANEXO B – Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão – 17 itens

Todos os itens devem ser preenchidos. Assinalar o número apropriado.

1 HUMOR DEPRIMIDO (Tristeza, desesperança, inutilidade)

0. Ausente
1. Sentimentos relatados apenas ao ser inquirido
2. Sentimentos relatados espontaneamente com palavras
3. Comunica os sentimentos com a expressão facial, a postura, a voz e a tendência ao choro
4. Sentimentos deduzidos da comunicação verbal e não verbal do paciente

2 SENTIMENTOS DE CULPA

0. Ausente
1. Auto-recriminação; sente que decepcionou os outros
2. Ideias de culpa ou ruminação sobre erros passados ou más ações
3. A doença atual é um castigo.
4. Ouve vozes de acusação ou denúncia e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras

3 SUICÍDIO

0. Ausente
1. Sente que a vida não vale a pena
2. Desejaria estar morto ou pensa na probabilidade de sua própria morte
3. Idéias ou gestos suicidas
4. Tentativa de suicídio (qualquer tentativa séria marcar 4)

4 INSÔNIA INICIAL

0. Sem dificuldades para conciliar o sono
1. Queixa-se de dificuldade ocasional para conciliar o sono, isto é, mais de meia hora
2. Queixa de dificuldade para conciliar o sono todas as noites

5 INSÔNIA INTERMEDIÁRIA

0. Sem dificuldades
1. O paciente se queixa de inquietude e perturbação durante a noite
2. Acorda à noite; qualquer saída da cama marcar 2 (exceto para urinar)

6 INSÔNIA TARDIA

0. Sem dificuldades
1. Acorda de madrugada, mas volta a dormir
2. Incapaz de voltar a conciliar o sono se deixar a cama

7 TRABALHOS E ATIVIDADES

0. Sem dificuldade

1. Pensamento e sentimento de incapacidade, fadiga ou fraqueza relacionada às atividades; trabalho ou passatempos

2. Perda de interesse por atividades (passatempos ou trabalho) – quer diretamente relatada pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão ou vacilação (sente que precisa esforçar-se para o trabalho ou atividades).

]3. Diminuição do tempo gasto em atividades ou queda da produtividade. No hospital, marcar 3 se o paciente não passar ao menos 3 horas por dia em atividades externas (passatempos ou trabalho hospitalar)

4. Parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, marcar 4 se o paciente não se ocupar com outras atividades além de pequenas tarefas do leito, ou for incapaz de realizá-las sem auxílio

8 RETARDO (lentidão de idéias e fala; dificuldade de concentração; atividade motora diminuída)

0. Pensamento e fala normais

1. Leve retardo durante a entrevista

2. Retardo óbvio à entrevista

3. Entrevista difícil

4. Estupor completo

9 AGITAÇÃO

0. Nenhuma

1. Inquietude

2. Brinca com as mãos, com os cabelos etc

3. Mexe-se, não consegue sentar quieto

4. Torce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10 ANSIEDADE PSÍQUICA

0. Sem dificuldade

1. Tensão e irritabilidade subjetivas

2. Preocupação com trivialidades

3. Atitude apreensiva aparente no rosto ou fala

4. Medos expressos sem serem inquiridos

11 ANSIEDADE SOMÁTICA

Sintomas concomitantes fisiológicos de ansiedade, tais como:

Gastrointestinais (boca seca, flatulência, indigestão, diarréia, cólicas, eructações), cardiovasculares (palpitações, cefaléia), respiratórios (hiperventilação, suspiros), sudorese, freqüência urinária aumentada

0. Ausente

1. Leve

2. Moderada

3. Grave

4. Incapacitante

12 SINTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINAIS

0. Nenhum

1. Perda do apetite, mas alimenta-se voluntariamente; sensações de peso no abdômen
2. Dificuldade de comer se não insistirem. Solicita ou exige laxativos ou medicações para os intestinos ou para sintomas digestivos

13 SINTOMAS SOMÁTICOS EM GERAL

0. Nenhum

1. Peso nos membros, costas ou cabeça. Dores nas costas, cefaléia, mialgia. Perda de energia e cansaço
2. Qualquer sintoma bem caracterizado e nítido, marcar 2

14 SINTOMAS GENITAIS (perda da libido, distúrbios menstruais)

0. Ausentes

1. Leves
2. Intensos

15 HIPOCONDRIA

0. Ausente

1. Auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
2. Preocupação com a saúde
3. Queixas freqüentes, pedidos de ajuda, etc
4. Idéias delirantes hipocondríacas

16 PERDA DE PESO (Marcar A ou B)

A. Quando avaliada pela história:

0. Sem perda de peso

1. Provável perda de peso associada à moléstia atual
2. Perda de peso definida (de acordo com o paciente)

B. Avaliada semanalmente pelo psiquiatra responsável, quando são medidas alterações reais de peso:

0. Menos de 0,5kg de perda por semana

1. Mais de 0,5kg de perda por semana
2. Mais de 1kg de perda por semana
3. Não avaliada

17 CONSCIÊNCIA

0. Reconhece que está deprimido e doente

1. Reconhece a doença mas atribui-lhe a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a vírus, à necessidade de repouso etc.
2. Nega estar doente

SCORE TOTAL = _____

Anexo C - Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – BPRS – Versão Ancorada

Versão Ancorada - BPRS-A (Woerner, 1998, trad. Romano e Elkis, 1996) mais

Entrevista Clínica Estruturada

Paciente:

Número:

Data:

Fase:

Instruções: A Escala é composta de 18 itens a serem avaliados. Os itens assinalados com **OBSERVAÇÃO** (3, 4, 7,13, 14, 16, 17, 18) devem ser avaliados tomando por base **OBSERVAÇÕES** feitas durante a entrevista. Os itens assinalados com **RELATO DO PACIENTE** devem ser avaliados a partir de informação **RELATADA** (ou seja, **SUBJETIVA**) referente ao período escolhido (em geral 1 semana). As perguntas-guia em negrito devem ser formuladas diretamente nos itens em que se avalia o relato do paciente.

Início da entrevista:

Comece com estas perguntas e utilize as mesmas para completar o item 18 (Orientação):

Qual seu nome completo? E sua idade? Onde você mora? Está trabalhando atualmente? (Já trabalhou anteriormente? Em quê?) Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você foi internado. Quando isso começou? O que aconteceu depois? Você pode me dizer que dia é hoje (semana-mês-ano)?

1 RELATO DO PACIENTE

PREOCUPAÇÃO SOMÁTICA: Grau de preocupação com a saúde física. Avaliar o grau no qual a saúde física é percebida como um problema pelo paciente, quer as queixas sejam baseadas na realidade ou não. Não pontuar o simples relato de sintomas físicos. Avaliar apenas apreensão (ou preocupação) sobre problemas físicos (reais ou imaginários).

Pergunta-guia

Como costuma ser sua saúde física (do corpo)? Como esteve sua saúde no último ano? Você está preocupado com algum problema de saúde agora? Você sente que tem alguma coisa incomum acontecendo com seu corpo ou cabeça?

0 Não relatado.

1 Muito leve: Ocasionalmente fica levemente preocupado com o corpo, sintomas ou doenças físicas.

2 Leve: Ocasionalmente fica preocupado com o corpo de forma moderada ou frequentemente fica levemente apreensivo.

3 Moderado: Ocasionalmente fica muito preocupado ou moderadamente preocupado com frequência.

4 Moderadamente grave: Frequentemente fica muito preocupado.

5 Grave: Fica muito preocupado a maior parte do tempo.

6 Muito grave: Fica muito preocupado praticamente o tempo todo.

2 RELATADO PACIENTE

ANSIEDADE: Preocupação, medo ou preocupação excessiva acerca do presente ou futuro. **Pontuar somente a partir de relato verbal das experiências subjetivas do paciente.** Não inferir ansiedade a partir de sinais físicos ou mecanismos de defesa neuróticos. Não pontuar se restrito a preocupação somática.

Pergunta-guia

Você está preocupado com alguma coisa? Você tem se sentido tenso ou ansioso a maior parte do tempo? (Quando se sente assim, você consegue saber o porquê? De que forma suas ansiedades ou preocupações afetam o seu dia a dia? Existe algo que ajuda a melhorar essa sensação?)

0 Não relatado.

1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente ansioso.

2 Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente ansioso ou frequentemente se sente levemente ansioso.

3 Moderado: Ocasionalmente se sente muito ansioso ou frequentemente se sente moderadamente ansioso.

4 Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito ansioso

5 Grave: Sente-se muito ansioso a maior parte do tempo.

6 Muito Grave: Sente-se muito ansioso praticamente todo o tempo

3 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE

RETRAIAMENTO AFETIVO: Deficiência no relacionamento com o entrevistador e na situação da entrevista. Manifestações evidentes dessa deficiência incluem: falta de contato visual (troca de olhares); o paciente não se aproxima do entrevistador; apresenta uma falta de envolvimento e compromisso com a entrevista. Diferenciar de AFETO EMBOTADO, no qual são pontuados deficiências na expressão facial, gestualidade e tom de voz.

Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.

0 Não observado.

1 Muito leve: Ocasionalmente deixa de encarar o entrevistador.

2 Leve: Como acima, porém mais frequente.

3 Moderado: Demonstra dificuldade em encarar o entrevistador, mas ainda parece engajado na entrevista e responde apropriadamente a todas as questões.

4 Moderadamente grave: Olha fixamente o chão e afasta-se do entrevistador, mas ainda parece moderadamente engajado na entrevista.

5 Grave: Como acima, porém mais persistente e disseminado.

6 Muito grave: Parece estar “aéreo”, “nas nuvens” ou “viajando” (total ausência de vínculo emocional) e desproporcionalmente não envolvido ou não comprometido com a situação da entrevista. (Não pontuar se explicado pela desorientação.)

4 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE

DESORGANIZAÇÃO CONCEITUAL: Grau de incompreensibilidade da fala. Incluir qualquer tipo de desordem formal de pensamento (por exemplo, associações frouxas, incoerência, fuga de ideias, neologismos). NÃO incluir mera circunstancialidade ou fala maníaca, mesmo que acentuada. NÃO pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente (por exemplo, “meus pensamentos estão voando”, “não consigo manter o pensamento”, “meus pensamentos se misturam todos”). **Pontuar SOMENTE a partir de observações feitas durante a entrevista.**

0 Não observado.

1 Muito leve: Levemente vago, todavia de significação clínica duvidosa.

2 Leve: Frequentemente vago, mas é possível prosseguir a entrevista.

3 Moderado: Ocasionalmente faz afirmações irrelevantes, uso infrequente de neologismos ou associações moderadamente frouxas.

4 Moderadamente grave: Como acima, porém mais frequente.

5 Grave: Desordem formal do pensamento presente a maior parte da entrevista, tornando-a muito difícil.

6 Muito grave: Muito pouca informação coerente pode ser obtida.

5 RELATO DO PACIENTE

SENTIMENTOS DE CULPA: Preocupação ou remorso desproporcional pelo passado. **Pontuar a partir das experiências subjetivas de culpa evidenciadas por meio de relato verbal.** Não inferir sentimentos de culpa a partir de depressão, ansiedade ou defesas neuróticas.

Pergunta-guia

Nos últimos dias você tem se sentido um peso para sua família ou colegas? Você tem se sentido culpado por alguma coisa feita no passado? Você acha que o que está passando agora é um tipo de castigo? (Por que você acha isso?)

0 Não relatado.

1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente culpado.

2 Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente culpado ou frequentemente se sente levemente culpado.

3 Moderado: Ocasionalmente se sente muito culpado ou frequentemente se sente moderadamente culpado.

4 Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito culpado.

5 Grave: Sente-se muito culpado a maior parte do tempo ou apresenta delírio de culpa encapsulado.

6 Muito grave: Apresenta sentimento de culpa angustiante e constante ou delírios de culpa disseminados.

6 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE

TENSÃO: Avaliar **inquietação motora (agitação) observada durante a entrevista**. Não pontuar a partir de experiências subjetivas relatadas pelo paciente. Desconsiderar patogênese presumida (por exemplo, discinesia tardia).

0 Não observado.

1 Muito leve: Fica ocasionalmente agitado.

2 Leve: Fica frequentemente agitado.

3 Moderado: Agita-se constantemente ou frequentemente; torce as mãos e puxa a roupa.

4 Moderadamente grave: Agita-se constantemente; torce as mãos e puxa a roupa.

5 Grave: Não consegue ficar sentado, isto é, precisa andar.

6 Muito grave: Anda de maneira frenética.

7 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE

MANEIRISMOS E POSTURA: Comportamento motor incomum ou não natural. **Pontuar apenas anormalidade de movimento**. NÃO pontuar aqui simples aumento da atividade motora. Considerar frequência, duração e grau do caráter bizarro. Desconsiderar patogênese presumida.

0 Não observado.

1 Muito leve: Comportamento estranho, mas de significação clínica duvidosa (por exemplo, um riso imotivado ocasional, movimentos de lábio infrequentes).

2 Leve: Comportamento estranho, mas não obviamente bizarro (por exemplo, às vezes balança a cabeça ritmadamente de um lado para outro, movimenta os dedos de maneira anormal intermitentemente).

3 Moderado: Adota posição de ioga por um breve período, às vezes põe a língua para fora, balança o corpo.

4 Moderadamente grave: Como acima, porém mais frequente, intenso ou disseminado.

5 Grave: Como acima, porém mais frequente, intenso ou disseminado.

6 Muito grave: Postura bizarra durante a maior parte da entrevista, movimentos anormais constantes em várias áreas do corpo.

8 RELATO DO PACIENTE

IDEIAS DE GRANDEZA: Autoestima (autoconfiança) exagerada ou apreciação desmedida dos próprios talentos, poderes, habilidades, conquistas, conhecimento, importância ou identidade. NÃO pontuar mera qualidade grandiosa de alegações (por exemplo, “sou o pior pecador do mundo”, “todo o país está tentando me matar”) a menos que a culpa/persecutoriedade esteja relacionada a algum atributo especial exagerado do indivíduo. O paciente deve declarar atributos exagerados; se negar talentos, poderes, etc., mesmo que afirme que outros digam que ele possui tais qualidades, este item não deve ser pontuado. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.

Pergunta-guia

Nos últimos dias você tem se sentido com algum talento ou habilidade que a maioria das pessoas não tem? (Como você sabe disso?) Você acha que as pessoas têm tido inveja de você? Você tem acreditado que tenha alguma coisa importante para fazer no mundo?

0 Não relatado.

1 Muito leve: É mais confiante do que a maioria, mas isso é apenas de possível significância clínica.

2 Leve: Autoestima definitivamente aumentada ou talentos exagerados de modo levemente desproporcional às circunstâncias.

3 Moderado: Autoestima aumentada de modo claramente desproporcional às circunstâncias, ou suspeita-se de delírio de grandeza.

4 Moderadamente grave: Um único (e claramente definido) delírio de grandeza encasulado ou múltiplos delírios de grandeza fragmentários (claramente definidos).

5 Grave: Um único e claro delírio / sistema delirante ou múltiplos e claros delírios de grandeza com os quais o paciente parece preocupado.

6 Muito grave: Como acima, mas a quase totalidade da conversa é dirigida aos delírios de grandeza do paciente.

9 RELATO DO PACIENTE

HUMOR DEPRESSIVO: Relato subjetivo de sentimento de depressão, tristeza, “estar na fossa”, etc. Pontuar apenas o grau de depressão relatada. Não pontuar inferências de depressão feitas a partir de lentificação geral e queixas somáticas. **Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.**

Pergunta-guia

Como tem estado seu humor (alegre, triste, irritável)? Você acredita que pode melhorar?(Como esse sentimento tem afetado seu dia a dia?)

0 Não relatado.

1 Muito leve: Ocasionalmente se sente levemente deprimido.

2 Leve: Ocasionalmente se sente moderadamente deprimido ou frequentemente se sente levemente deprimido.

3 Moderado: Ocasionalmente se sente muito deprimido ou frequentemente se sente moderadamente deprimido.

4 Moderadamente grave: Frequentemente se sente muito deprimido.

5 Grave: Sente-se muito deprimido a maior parte do tempo.

6 Muito grave: Sente-se muito deprimido quase todo o tempo.

10 RELATO DO PACIENTE

HOSTILIDADE: Animosidade, desprezo, agressividade, desdém por outras pessoas fora da situação da entrevista. **Pontuar somente a partir de relato verbal de sentimentos e atos do paciente em relação aos outros.** Não inferir hostilidade a partir de defesas neuróticas, ansiedade ou queixas somáticas.

Pergunta-guia

Nos últimos dias você tem estado impaciente ou irritável com as outras pessoas?(Conseguiu manter o controle? Tolerou as provocações? Chegou a agredir alguém ou quebrar objetos?)

0 Não relatado.

1 Muito leve: Ocasionalmente sente um pouco de raiva.

2 Leve: Frequentemente sente um pouco de raiva ou ocasionalmente sente raiva moderada.

3 Moderado: Ocasionalmente sente muita raiva ou frequentemente sente raiva moderada.

4 Moderadamente grave: Frequentemente sente muita raiva.

5 Grave: Expressou sua raiva tornando-se verbal ou fisicamente agressivo em uma ou duas ocasiões.

6 Muito grave: Expressou sua raiva em várias ocasiões.

11 RELATO DO PACIENTE

DESCONFIANÇA: Crença (delirante ou não) de que outros têm agora ou tiveram no passado intenções discriminatórias ou maldosas em relação ao paciente. Pontuar apenas se o paciente relatar verbalmente desconfianças atuais, quer elas se refiram a circunstâncias presentes ou passadas. **Pontuar a partir da informação relatada, ou seja, subjetiva.**

Pergunta-guia

Você tem tido a impressão de que as outras pessoas estão falando ou rindo de você? (De que forma você percebe isso?) Você tem achado que tem alguém com más intenções contra você ou se esforçado para lhe causar problemas? (Quem? Por quê? Como você sabe disso?)

0 Não relatado.

1 Muito leve: Raras circunstâncias de desconfiança que podem ou não corresponder à realidade.

2 Leve: Situações de desconfiança ocasionais que definitivamente não correspondem à realidade.

3 Moderado: Desconfiança mais frequente ou ideias de referência passageiras.

4 Moderadamente grave: Desconfiança disseminada ou ideias de referência frequentes.

5 Grave: Claros delírios de perseguição ou referência não totalmente disseminados (por exemplo, um delírio encapsulado).

6 Muito grave: Como acima, porém mais abrangente, frequente ou intenso.

12 RELATO DO PACIENTE

COMPORTAMENTO ALUCINATÓRIO (ALUCINAÇÕES): Percepções (em qualquer modalidade dos sentidos) na ausência de um estímulo externo identificável. **Pontuar apenas as experiências que ocorreram na última semana.** NÃO pontuar “vozes na minha cabeça” ou “visões em minha mente” a menos que o paciente saiba diferenciar entre essas experiências e seus pensamentos.

Pergunta-guia

Você tem tido experiências incomuns que a maioria das pessoas não tem? Você tem escutado coisas que as outras pessoas não podem ouvir? (Você estava acordado nesse momento? O que você ouvia - barulhos, cochichos, vozes conversando com você ou conversando entre si? Com que frequência? Interferem no seu dia a dia?) Você tem visto coisas que a maioria das pessoas não pode ver? (Você estava acordado nesse momento? O que você via - luzes, formas, imagens? Com que frequência? Interferem no seu dia a dia?)

0 Não relatado.

1 Muito leve: Apenas se suspeita de alucinação.

2 Leve: Alucinações definidas, porém insignificantes, infrequentes ou transitórias.

3 Moderado: Como acima, porém mais frequentes (por exemplo, frequentemente vê a cara do diabo; duas vezes travam uma longa conversa).

4 Moderadamente grave: Alucinações são vividas quase todo o dia ou são fontes de incômodo extremo.

5 Grave: Como acima e exercem impacto moderado no comportamento do paciente (por exemplo, dificuldades de concentração que levam a um comprometimento no trabalho).

6 Muito grave: Como acima, com grave impacto (por exemplo, tentativas de suicídio como resposta a ordens alucinatórias).

13 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE

RETARDAMENTO MOTOR: Redução do nível de energia evidenciada por movimentos mais lentos. Pontuar apenas a partir de comportamento observado no paciente. NÃO pontuar a partir de impressões subjetivas do paciente sobre seu próprio nível de energia.

0 Não observado.

1 Muito leve: Significação clínica duvidosa.

2 Leve: Conversa um pouco mais lentamente, movimentos levemente mais lentos.

3 Moderado: Conversa notavelmente mais lenta, mas não arrastada.

4 Moderadamente grave: Conversa arrastada, movimenta-se muito lentamente.

5 Grave: É difícil manter a conversa, quase não se movimenta.

6 Muito grave: Conversa quase impossível, não se move durante toda a entrevista.

14 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE

FALTA DE COOPERAÇÃO COM A ENTREVISTA: Evidência de resistência, indelicadeza, ressentimento e falta de prontidão para cooperar com os entrevistados. **Pontuar exclusivamente a partir das atitudes do paciente e das reações ao entrevistador e à situação de entrevista.** NÃO pontuar a partir de relato de ressentimento e recusa à cooperação fora de situação de entrevista.

0 Não observado.

1 Muito leve: Não parece motivado.

2 Leve: Parece evasivo em certos assuntos.

3 Moderado: Monossilábico, fracassa em cooperar espontaneamente.

4 Moderadamente grave: Expressa ressentimento e é indelicado durante a entrevista.

5 Grave: Recusa-se a responder a algumas questões.

6 Muito grave: Recusa-se a responder à maior parte das questões.

15 RELATO DO PACIENTE

ALTERAÇÃO DE CONTEÚDO DO PENSAMENTO (DELÍRIOS): Gravidade de qualquer tipo de delírio. Considerar convicção e seu efeito em ações. Pressupor convicção total se o paciente agiu baseado em suas crenças. Pontuar a partir de informação relatada, ou seja, subjetiva.

Pergunta-guia

Você tem acreditado que alguém ou alguma coisa fora de você esteja controlando seus pensamentos ou suas ações contra a sua vontade? Você tem a impressão de que o rádio ou a televisão mandam mensagens para você? Você sente que alguma coisa incomum esteja acontecendo ou está para acontecer?

0 Não relatado.

1 Muito leve: Suspeita-se ou há probabilidade de delírio.

2 Leve: Às vezes o paciente questiona suas crenças (delírios parciais).

3 Moderado: Plena convicção delirante, porém delírios têm pouca ou nenhuma influência sobre o comportamento.

4 Moderadamente grave: Plena convicção delirante, porém os delírios têm impacto apenas ocasional sobre o comportamento.

5 Grave: Delírios têm efeito significativo (por exemplo, negligencia responsabilidades por causa de preocupações com a crença de que é Deus).

6 Muito grave: Delírios têm impacto marcante (por exemplo, para de comer porque acredita que a comida está envenenada).

16 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE

AFETO EMBOTADO: Responsividade afetiva diminuída, caracterizada por *déficits* na expressão facial, gestualidade e tom de voz. Diferenciar de RETRAIMENTO AFETIVO no qual o foco está no

comprometimento interpessoal mais do que no afetivo. Considerar grau e consistência no comprometimento. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.

0 Não observado.

1 Muito leve: Ocasionalmente parece indiferente a assuntos que são normalmente acompanhados por demonstração de emoção.

2 Leve: Expressão facial levemente diminuída ou voz levemente monótona ou gestualidade levemente limitada.

3 Moderado: Como acima, porém de forma mais intensa, prolongada ou frequente.

4 Moderadamente grave: Achatamento de afeto, incluindo pelo menos duas ou três características (falta acentuada de expressão facial, voz monótona ou gestualidade limitada).

5 Grave: Profundo achatamento de afeto.

6 Muito grave: Voz totalmente monótona e total falta de gestualidade expressiva durante toda a avaliação.

17 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE

EXCITAÇÃO: Tom emocional aumentado, incluindo irritabilidade e expansividade (afeto hipomaníaco). Não inferir afeto de afirmações a partir de delírios de grandeza. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.

0 Não observado.

1 Muito leve: Significação clínica duvidosa.

2 Leve: Às vezes irritadiço ou expansivo.

3 Moderado: Frequentemente irritadiço ou expansivo.

4 Moderadamente grave: Constantemente irritadiço ou expansivo, às vezes enfurecido ou eufórico.

5 Grave: Enfurecido ou eufórico durante maior parte da entrevista.

6 Muito grave: Como acima, porém de tal modo que a entrevista precisa ser interrompida prematuramente.

18 OBSERVAÇÃO DO PACIENTE

DESORIENTAÇÃO: Confusão ou falta de orientação adequada em relação a pessoas, lugares e tempo. Pontuar a partir de observações feitas durante a entrevista.

Pergunta-guia

Qual seu nome completo? E sua idade? Onde você mora? Está trabalhando atualmente?(Já trabalhou anteriormente? Em quê?) Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você foi internado. Quando isso começou? O que aconteceu depois? Você pode me dizer que dia é hoje (semana-mês-ano)? Você tem conseguido se concentrar? Como está sua memória? (Caso necessário, faça exame específico.) Reentrevista: Você pode me dizer que dia é hoje (semana-mês-ano)? Você pode me dizer o que tinha ontem no jantar?

0 Não observado.

1 Muito leve: Parece um pouco confuso.

2 Leve: Indica 2003 quando é na verdade 2004.

3 Moderado: Indica 1992.

4 Moderadamente grave: Não sabe ao certo onde está.

5 Grave: Não faz ideia de onde está.

6 Muito grave: Não sabe quem é.

Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – BPRS.
(Versão ancorada com sugestão de perguntas).
Folha de Respostas.

Paciente:	Idade:	Sexo:
Escores: 0 (Não relatado), 1 (Muito leve), 2 (Leve), 3 (Moderado), 4 (Moderadamente grave), 5 (Grave), 6 (Muito grave)		

Data:	Escore
1. Preocupação somática	
2. Ansiedade	
3. Retraimento afetivo	
4. Desorganização conceitual	
5. Sentimentos de culpa	
6. Tensão	
7. Maneirismos e postura	
8. Idéias de grandeza	
9. Humor depressivo	
10. Hostilidade	
11. Desconfiança	
12. Comportamento alucinatorio (alucinações)	
13. Retardamento psicomotor/motor	
14. Falta de cooperação com a entrevista	
15. Alteração de conteúdo do pensamento (delírios)	
16. Afeto embotado	
17. Excitação	
18. Desorientação	
Escore Total	

Anexo D – Escala de Avaliação Global do Funcionamento

Escala de Avaliação Global do Funcionamento

(Global Assessment of Functioning – GAF)

Considerar o funcionamento psicológico, social e ocupacional em uma linha contínua hipotética de saúde mental - doença mental. Não incluir problema no funcionamento devido a limitações físicas (ou ambientais).

Código (Obs.: usar códigos intermediários quando apropriado, por ex., 45, 68, 72)

100-91	Funcionamento superior em ampla faixa de atividades, problemas de vida jamais parecem sair de seu controle, é procurado por outros pelas qualidades positivas. Não apresenta sintomas.
90-81	Sintomas ausentes ou mínimos (ex: ansiedade antes de um exame), bom funcionamento em todas as áreas, envolvido e interessado em muitas atividades, socialmente afetivo, geralmente satisfeito com a vida. Não mais do que problemas ou preocupações cotidianas com a vida. Ex.: discussão ocasional com familiar.
80-71	Se existem sintomas, estes são temporários e consistem de reações previsíveis a estressores psicossociais. Ex.: dificuldade de se concentrar depois de uma discussão com família. Leve prejuízo social, ocupacional ou escolar.
70-61	Sintomas leves (humor depressivo, insônia leve) OU alguma dificuldade social, escolar. Geralmente funcionam bem. Têm relacionamentos interpessoais significativos.
60-51	Sintomas moderados (afeto plano, fala circunstancial, ataques ocasionais de pânico) OU dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar (poucos amigos, conflitos com companheiros ou colegas de trabalho).
50-41	Sintomas sérios (ideação suicida, rituais obsessivos graves, freqüentes furtos em lojas) OU qualquer prejuízo sério no funcionamento social, ocupacional ou escolar (nenhum amigo, incapaz de manter um emprego).
40-31	Algum prejuízo no teste da realidade ou comunicação (fala as vezes ilógica, obscura ou irrelevante) OU prejuízo importante em diversas áreas: emprego, escola, relações familiares, julgamento, pensamento ou humor (evita amigos, negligencia a família, incapaz de trabalhar. Crianças batem em mais jovens, desafiadoras em casa, vão mal a escola).
30-21	Comportamento influenciado por delírios, ou alucinações OU sério prejuízo na comunicação, ou julgamento (amplamente incoerente, age de forma amplamente inapropriada, preocupação suicida) OU incapacidade para funcionar na maioria das áreas (ex: permanece na cama o dia inteiro, sem emprego, casa ou amigos).
20-11	Algum perigo de ferir a si e aos outros (tentativa da suicídio sem clara expectativa de morte, violento, maníaco) OU ocasionalmente deixa de manter a higiene pessoal mínima (suja-se de fezes) OU amplo prejuízo na comunicação (amplamente incoerente ou mudo).
10-1	10 - Perigo persistente de ferir severamente a si ou outros (violência recorrente) OU uma incapacidade persistente para manter uma higiene pessoal mínima OU sério ato suicida com clara expectativa de morte.
0	Informações Inadequadas

Anexo E – Escala de Impressão Clínica Global

ESCALA DE IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL – Severidade da doença (CGI-S)

Considerando sua experiência com este tipo de problema, qual o grau de severidade da doença deste paciente no momento?

0. () Não avaliado
1. () Não está doente
2. () Muito leve
3. () Leve
4. () Moderada
5. () Acentuada
6. () Grave
7. () Extremamente grave

ESCALA DE IMPRESSÃO CLÍNICA GLOBAL – Melhora da doença (CGI-I)

Comparado ao estado inicial, como se encontra o paciente neste momento? (Aponte a melhoria global mesmo que esta não tenha decorrido completamente ao tratamento).

0. () Não avaliado
1. () Muito melhor
2. () Moderadamente melhor
3. () Levemente melhor
4. () Sem alterações
5. () Levemente pior
6. () Moderadamente pior
7. () Muito pior

Anexo F – Mini International Neuropsychiatric Interview – Versão em português

M.I.N.I.

**Mini International Neuropsychiatric
Interview**

Brazilian version 5.0.0

DSM IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora,
J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière – Paris - França

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M.
Sheehan
University of South Florida – Tampa – E.U.A.

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim

© 1992, 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 fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

MINI 5.0.0 / Versão Brasileira / DSM-IV / Atual

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)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
Recorrente	Recorrente F33.x	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36	
EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Single	F32.x
Recurrent	F33.x		296.30-296.36	
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Passado	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum
	Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto			
D EPISÓDIO MANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00-	
296.06	F30.x-F31.9			
	Passado	<input type="checkbox"/>		
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8- F31.9/F34.0
	Passado	<input type="checkbox"/>		
E TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>		
300.01/300.21	F40.01-F41.0			
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
F AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
J DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
K DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-	
.90/305.20-.90 F11.0-F19.1				
ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-	
.90/305.20-.90 F11.0-F19.1				
L SÍNDROME PSICÓTICA	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		
	Atual	<input type="checkbox"/>		
TRANSTORNO DO HUMOR COM				

	CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M	ANOREXIA NERVOSA	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N	BULIMIA NERVOSA ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual (Últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
		Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P (opcional)	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada, de aplicação rápida (em torno de 15 minutos), que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994). O M.I.N.I. pode ser utilizado por clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva.

- **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 o módulo “L” que explora os sintomas 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 clínico 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 “MAÍUSCULAS” não devem ser lidas para o(a) entrevistado(a). São instruções às quais o clínico 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 clínico deve lê-las tantas vezes quanto necessário, ao longo da exploração dos sintomas e só levar em conta aqueles presentes ao longo desse 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 clínico 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 (Λ) indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico explorado não é preenchido. O clínico deve ir diretamente para o fim 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 clínico 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”).

Não levar em conta os sintomas imputáveis a uma doença física, ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool.

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
Inserm 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
N.A. P. S. Novo Mundo
Avenida Manchester 2000, Chácara 2
Jardim Novo Mundo
74703-000 – Goiânia - Goiás
BRASIL

Tel: + 55 62 524 18 02
+ 55 62 524 18 04
fax: + 55 62 213 64 87
e-mail: p.amorim@persogo.com.br

David SHEEHAN
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 : dsheehan@com1.med.usf.edu

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?		→ NÃO	SIM	

A3	Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de \pm 5% ao longo do 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	3
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	4
c	Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	6
e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	7
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	8
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	9

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ?
(ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

NÃO	SIM *
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	

SE o(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]?	→ NÃO	SIM	10
b	Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse ?	NÃO	SIM	11

A5b É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE	

* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6d, A6e) NA PÁGINA 5

A'. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

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

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = **SIM**), EXPLORAR O SEGUINTE:

A6 a	A2 É COTADA SIM ?	NÃO	SIM	12
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?	NÃO	SIM	13
	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?			
	A6a OU A6b SÃO COTADAS SIM ?	→ NÃO	SIM	

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido (a) e sem interesse pela maioria das coisas:

A7 a	Os sentimentos depressivos que tinha eram diferentes daqueles que se pode sentir quando se perde uma pessoa querida?	NÃO	SIM	14
b	Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ?	NÃO	SIM	15
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	16
d	A3c É COTADA SIM (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?	NÃO	SIM	17
e	A3a É COTADA SIM (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?	NÃO	SIM	18
f	Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?	NÃO	SIM	19

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A7 ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO MAIOR com Características Melancólicas ATUAL	DEPRESSIVO

B. TRANSTORNO DISTÍMICO

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

NÃO EXPLORAR ESTE MÓDULO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL.

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo ?	→ NÃO	SIM	20
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	→ SIM	21
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	22
b	Tem problemas de sono ou dorme demais ?	NÃO	SIM	23
c	Sente-se cansado ou sem energia ?	NÃO	SIM	24
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	25
e	Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	26
f	Sente-se sem esperança ?	NÃO	SIM	27
	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	28

B4 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL	

C. RISCO DE SUICÍDIO

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

Ao longo da sua vida:

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

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À 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	
<input type="checkbox"/>	1-5 pontos Baixo
<input type="checkbox"/>	6-9 pontos Moderado
<input type="checkbox"/>	≥ 10 pontos Alto
<input type="checkbox"/>	

D. EPISÓDIO (HIPO)MANÍACO

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

D1	a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia 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 ÁLCOOL)	NÃO	SIM	1
		SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE “EUFÓRICO” OU “CHEIO 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 extremamente impulsivo(a).	NÃO	SIM	2
		SE D1a = SIM: Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?			
	b				
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 quem não era de sua família? Você mesmo ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR OS PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL)	NÃO	SIM	3
		SE D2a = SIM: Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
	b				
		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 se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :			
	a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	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	6
	c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	7
	d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	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	9
f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	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	11
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3 OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?	→ NÃO	SIM	
D4	Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas? COTAR SIM , SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO SIM		12

D4 É COTADA "NÃO" ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

D4 É COTADA "SIM" ?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO

NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

^ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE **PARA E5**, ASSINALAR **NÃO** E P ASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

E1	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 de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/ 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 conseqüências ?	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 diarréia 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
E5	E3 = SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
		Transtorno de Pânico		
		Vida inteira		
E6	SE E5 = "NÃO", HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM E4 ?	NÃO	SIM	
	SE E6 = "SIM", PASSAR A F1.	Ataques Pobres em Sintomas Vida inteira		
E7	Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?	NÃO	SIM	18
		Transtorno de Pânico Atual		

F. AGORAFOBIA

F1	Sente-se particularmente ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil 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	19
----	--	-----	-----	----

SE F1 = “NÃO”, COTAR “NÃO” EM F2.

F2	Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las ?	NÃO	SIM	20
----	---	-----	-----	----

**Agorafobia
Atual**

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA “NÃO”
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO sem Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA “SIM”
e
E7 (Transtorno de Pânico Atual) É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO com Agorafobia ATUAL	

F2 (Agorafobia Atual) É COTADA “SIM”
e
E5 (Transtorno de Pânico Vida Inteira) É COTADA “NÃO” ?

NÃO	SIM
AGORAFOBIA sem história de Transtorno de Pânico ATUAL	

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 SEGUINTE

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	SIM	4

G4 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
FOBIA SOCIAL	
(Transtorno de Ansiedade Social)	
ATUAL	

H. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

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

H1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos/idéias 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 ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?)	NÃO SIM (passar a H4)	1
----	--	-----------------------------	---

NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS.

H2 Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ? NÃO
SIM 2
(passar a H4)

H3 Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ? NÃO 3
SIM

H4 Durante o último mês, teve, com freqüência, 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 4
SIM

H3 OU H4 SÃO COTADAS "SIM" ?

→
NÃO
SIM

H5 Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ? → NÃO 5
SIM

H6 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 6
SIM

H6 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL	

I. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

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

I1 Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você mesmo e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? → NÃO SIM 1
EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO A MÃO ARMADA, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...

12	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
13	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
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM 13 ?	→ NÃO	SIM	
14	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SM	9
		SIM		9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	
		SIM		10
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM	
		SIM		11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	
		SIM		12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	
		SIM		13
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM 14 ?	→ NÃO	SIM	
15	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	
		SIM		14

15 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS- TRAUMÁTICO ATUAL	

J. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE ÁLCOOL

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

J1	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, conhaque, vodka, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO	SIM	1				
J2	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 J2 ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NÃO</th> <th>SIM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	
NÃO	SIM							
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL								
J3	Durante os 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 3 RESPOSTAS "SIM" EM J2 ?

NÃO	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL	

K. DEPENDÊNCIA / ABUSO DE SUBSTÂNCIAS (NÃO ALCOÓLICAS)

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

- K1 Agora, vou lhe mostrar / ler (MOSTRAR A LISTA DAS SUBSTÂNCIAS / LER A LISTA ABAIXO) uma lista de drogas e de medicamentos e gostaria que me dissesse se, durante os últimos 12 meses, usou várias vezes uma destas substâncias para se sentir melhor, para mudar o seu estado de humor ou para ficar “ de cabeça feita / chapado(a)”? 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, pedra

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®)

ALUCINOGÊNEOS: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Ayhuaska, daime,

hoasca), Artane®.

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

CANABINÓIDES: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hasish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

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

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

Toma outras substâncias?

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

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

- SE HÁ CONSUMO DE VÁRIAS SUBSTÂNCIAS (AO MESMO TEMPO OU SEQUENCIALMENTE):
 CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) SEPARADAMENTE
 SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA
- SE HÁ CONSUMO DE UMA SÓ SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS):
 SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS)

K2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], durante os últimos 12 meses:

- | | | | |
|---|---|------------|---|
| 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 K2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S):

NÃO	→ SIM
DEPENDÊNCIA SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	DE

K3 Durante os últimos 12 meses:

- a Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado(a)” com [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? NÃO SIM 8
COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS
- b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? NÃO SIM 9
- 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 10
- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A 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 11

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM K3 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) :

NÃO

SIM

**ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S)
ATUAL****L. SÍNDROME PSICÓTICA***PARA TODAS AS QUESTÕES DESTA 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**: VOZES QUE COMENTAM OS PENSAMENTOS OU OS ATOS DO(A) ENTREVISTADO(A) OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.

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

- L1a Alguma vez acreditou que alguém o(a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ? NÃO SIM **BIZARRO** SIM 1

b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM ^L6a	2
L2a	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	3
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM ^L6a	4
L3a	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 uma maneira diferente do seu jeito habitual ? Alguma vez acreditou que estava possuído(a) ?	NÃO	SIM	SIM	5
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM ^L6a	6
L4a	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	7
b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM ^L6a	8
L5a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? 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 L1 A L4	NÃO	SIM	SIM	9
b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	10
L6a	Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? 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?	NÃO	SIM	SIM	11
b	SE SIM : Ouviu essas coisas/ vozes no último mês?	NÃO	SIM	SIM ^L8a	12
L7a	Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado? COTAR "SIM" SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS OU DESTOANTES.	NÃO	SIM		13
b	SE SIM : Teve essas visões no último mês?	NÃO	SIM		14
<u>OBSERVAÇÕES DO CLÍNICO:</u>					
L8b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?	NÃO	SIM		15
L9b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM		16

L10b 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

L11 DE L1 A L10 HÁ PELO MENOS :
UMA QUESTÃO « b » COTADA “SIM” BIZARRO
 OU
DUAS QUESTÕES « b » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ?

NÃO	SIM
SÍNDROME PSICÓTICA ATUAL	

L12 DE L1 A L7 HÁ PELO MENOS:
UMA QUESTÃO « a » COTADA “SIM” BIZARRO
 OU
DUAS QUESTÕES « a » COTADAS “SIM” (NÃO BIZARRO) ?
 (VERIFICAR SE OS SINTOMAS OCORRERAM AO MESMO TEMPO)
 OU
 L11 É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
SÍNDROME PSICÓTICA VIDA INTEIRA	

L13a SE L12 É COTADA “SIM” E SE HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE L1 A L7:

O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA
 UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A4 = SIM) OU PASSADO (A5b = SIM)
 OU
 UM EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU PASSADO (D4 = SIM) ?

→
 NÃO SIM

b SE L13a É COTADA “SIM”:

Você me disse, há pouco, que teve um (vários) período(s) em que se sentiu deprimido (a) / eufórico(a) / continuamente irritável.

Ao longo da sua vida, as idéias ou experiências das quais acabamos de falar, como (CITAR OS SINTOMAS COTADOS "SIM" DE L1 À L7) ocorreram **somente** durante esse(s) período(s) em que se sentia deprimido (a) / eufórico (a) / continuamente irritável ?

→
 NÃO SIM 18

c SE L13a É COTADA “SIM”:

ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (A4) OU UM EPISÓDIO MANÍACO (D4) ASSOCIADO A UMA SÍNDROME PSICÓTICA (L11) ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas ATUAL	

d L13b OU L13c SÃO COTADAS “SIM”?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DO HUMOR com características psicóticas VIDA INTEIRA	

M. ANOREXIA NERVOSA

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

M1a Qual é a sua altura ?

||_|_| cm

b Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?

||_|_| kg

c	O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	→ NÃO	SIM	1
---	---	----------	-----	---

Durante os últimos 3 meses:

M2	Tentou não engordar , embora pesasse pouco ?	→ NÃO	SIM	2
M3	Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ?	→ NÃO	SIM	3
M4a	Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ?	NÃO	SIM	4
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	5
c	Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?	NÃO	SIM	6
M5	HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM M4 ?	→ NÃO	SIM	
M6	APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo (na ausência de uma gravidez) ?	→ NÃO	SIM	7

PARA AS MULHERES: M5 E M6 SÃO COTADAS "SIM" ?
PARA OS HOMENS: M5 É COTADA "SIM" ?

NÃO	SIM
ANOREXIA NERVOSA ATUAL	

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
191														
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59 61

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.

N. BULIMIA NERVOSA

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

N1	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	8
N2	Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	9
N3	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	10
N4	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	11
N5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	12
N6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (MÓDULO “M”)?	NÃO ↓ passar a N8	SIM	13
N7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kg* ?	NÃO	SIM	14

* RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO.NA TABELA DO MÓDULO “M” (ANOREXIA NERVOSA)

N8 **N5** É COTADA “SIM” E **N7** COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?

NÃO	SIM
BULIMIA NERVOSA ATUAL	

N7 É COTADA “SIM” ?

NÃO	SIM
ANOREXIA NERVOSA tipo <i>Compulsão Periódica / Purgativa</i> ATUAL	

O. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

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

O1	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 DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ? [POR EX, MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC]..	→ NÃO	SIM	3
O2	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
	DE O3 A O3f COTAR “ NÃO ” SE OS SINTOMAS OCORREM EXCLUSIVAMENTE NO CONTEXTO DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ANTERIORMENTE			
O3	Nos últimos seis 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?	NÃO	SIM	4
b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	5
c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	6
d	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / “brancos” ?	NÃO	SIM	7
e	Sentia-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	8
f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	9

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO	DE
ANSIEDADE	GENERALIZADA ATUAL

P. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

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

P Antes dos 15 anos:

1				
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	Fez sofrer 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 P1?	NÃO	SIM	

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

P Depois dos 15 anos:

2				
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/a), como destruir a propriedade alheia, roubar, vender droga ou cometer um crime?	NÃO	SIM	8
c	Freqüentemente foi violento(a) 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 P2 ?

NÃO	SIM	
TRANSTORNO		DA
PERSONALIDADE		
ANTI-SOCIAL		
VIDA INTEIRA		

REFERÊNCIAS

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), a short diagnostic interview : Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett 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 (M.I.N.I.) according to the SCID-P. *European Psychiatry*, 1997 ; **12** : 232-241.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) : The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical 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 (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*, 1998 ; **13** : 26-34.

Traduções	M.I.N.I. 4.4 e versões anteriores	M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0, M.I.N.I. Screen 5.0:
Afrikaans	R. Emsley	
Alemão	I. van Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Basco		Em preparação
Bengali		H. Banerjee, A. Banerjee
Búlgaro		L.G. Hranov
Catalão		Em preparação
Checo		P. Zvolsky
Chinês		L. Carroll, K-d Juang
Croata		Em preparação
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Scütze
Esloveno	M. Kocmur	M. Kocmur
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier	L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia, O. Soto, L. Franco, G. Heinze
Estonian	J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl	
Farsi/Persa		K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francês	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Holandês/ Flamenco	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balazs
Inglês	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan
Islandês		J.G. Stefansson
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
Japonês		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima

Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	V. Janavs, J. Janavs
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres, P. Levy
Português - Brasil	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystitsky, E. Selivra, M. Bystitsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		A. Taj, S. Gambhir

O desenvolvimento e a validação do M..I.N.I. foram possíveis graças, em parte, a fundos cedidos pel os laboratórios SmithKline Beecham e pela Comissão Européia

Os autores agradecem a Dra Pauline Pawers por suas contribuições nos módulos Anorexia e Bulimia Nervosa

1.16. Cidade: CEP: -

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.17. Telefone para contato: 1- celular
2- convencional

PESSOA DE REFERÊNCIA:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TELEFONE:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1.18. **Peso** atual (medido):

--	--	--	--

 Kg **Altura** (medida):

--	--	--

 cm

1.19. Menor peso da vida adulta Kg Idade:

--	--	--

--	--

(acima 18 anos)

1.20. Maior peso ao longo da vida:

--	--	--	--

 Kg Idade:

--	--

1.21. Mudança no tamanho da roupa antes e depois do tratamento psiquiátrico:

1 sim 1 Aumento 2 Redução
 2 não
 9 não sei 0 sem condições de responder

2. Características da Doença

2.1 Diagnóstico Atual

2.2. Idade que recebeu diagnóstico médico:

--	--	--

 anos 0 sem condições de responder

2.3. 1º diagnóstico recebido:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

0 sem condições de responder

2.4. Idade que usou medicação psiquiátrica pela primeira vez:

--	--	--

 anos

Qual:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9 não sabe 0 sem condições de responder

2.5. Vinha em uso de medicação psiquiátrica no último mês? 1 Sim 2 Não

Se sim, vinha em uso de medicação psiquiátrica no último ano?

1 Sim, contínuo 2 Sim, intermitente 3 Não

2.6. Presença psicose no 1º episódio:

1 Sim 2 Não 9 Não sabe 0 sem condições de responder

2.7. 1º crise desencadeada por substância:

1 Sim 2 Não 9 Não sabe 0 sem condições de responder

Se sim, qual:

2.8. Hospitalizações Psiquiátricas: 1 sim 2 não 0 sem condições de responder

Se sim, quantas:

2.9. Idade na hospitalização anterior: anos

2.10. Já realizou ECT: 1 sim 2 não 0 sem condições de responder

Se sim, quantas séries:

2.11. Tentativa de suicídio: 1 sim 2 não 9 não quer informar
 0 sem condições de responder

Se sim, número: vezes

Tipo tentativa: 1 arma fogo 2 enforcamento 3 cortar pulsos
 4 medicação 5 pular de local alto
 6 outro, qual:

3. Hábitos

3.1. Tabagismo Passado: 1 sim 2 não Se sim, tempo de uso: anos

Tabagismo Atual: 1 sim 2 não Se sim, maços/dia:

3.2. Uso Atual Chá: 1 sim 2 não

Chimarrão: 1 sim 2 não

Café: 1 sim 2 não

3.3 Já usou ou usa drogas de abuso: 1 Sim 2 Não

Se sim, qual?

1 Maconha 1 Uso Atual 2 Uso passado

2 Cocaína 1 Uso Atual 2 Uso passado

3 Crack 1 Uso Atual 2 Uso passado

4 Alucinógeno 1 Uso Atual 2 Uso passado

5 Anfetaminas 1 Uso Atual 2 Uso passado

6 Álcool 1 Uso Atual 2 Uso passado

7 Benzodiazepínico sem prescrição 1 Uso Atual 2 Uso passado

8 Outro. Qual? 1 Uso Atual 2 Uso passado

4. Tratamento Psiquiátrico

4.1. Você já foi submetido a algum tratamento psiquiátrico? 1 Sim 2 Não
 Quais **medicamentos** você tomou para qualquer dos comportamentos/ problemas psiquiátricos?

- 1 Antidepressivos 4 Anticolinérgico
- 2 Antipsicóticos 5 Benzodiazepínico
- 3 Estabilizador do Humor 6 Metilfenidato

(Preencher de acordo com códigos em Tabela de Medicções Psiquiátricas):

Número da Medicção	Uso Atual		Dose	Número da Medicção	Uso Atual		Dose
	1- Sim	2-Não			1- Sim	2-Não	
	1- Sim	2-Não			1- Sim	2-Não	
	1- Sim	2-Não			1- Sim	2-Não	
	1- Sim	2-Não			1- Sim	2-Não	
	1- Sim	2-Não			1- Sim	2-Não	

5. História Familiar de Doença Psiquiátrica:

Filho adotivo? 1 Sim 2 Não 9 Não Sabe 0 sem condições de informar

Código para transtorno: 1 – Transtorno Bipolar 2- Depressão 3- Esquizofrenia
 4- Ansiedade 5-Problemas com álcool 6-Problemas com drogas
Código para desfecho: 1- Tentativas de suicídio 2-Suicídio completo
 3-Internação psiquiátrica 4- Uso de medicação psiquiátrica

- 1 Mãe Transtorno: Desfecho:
- 2 Pai Transtorno: Desfecho:
- 3 Irmãos Quantos afetados? Transtorno: Desfecho:
- 4 Avó/Avô Materno Quantos afetados? Transtorno: Desfecho:
- 5 Avó/Avô Paterno Quantos afetados? Transtorno: Desfecho:
- 6 Tios Maternos Quantos afetados? Transtorno: Desfecho:
- 7 Tios Paternos Quantos afetados? Transtorno: Desfecho:

6. Fatores relacionados ao sexo feminino(Obs: codificar para sexo masculino: 9- não se aplica)

6.1. Gravidez atual? 1 Sim 2 Não

6.2. Uso atual de método anticoncepcional: sim não sem condições de informar

Se sim, Qual (is): Anticoncepcional oral (pílula) DIU
 Camisinha Diafragma coito interrompido L. Tubária
 Vasectomia do marido tabelinha Anticoncepcional Injetável
 outro, qual:

6.3. Gestações:

6.4. Partos Normais:

6.5. Partos cesáreos:

6.6. Abortos: Espontâneos

Provocados

6.7. Menopausa: sim não Se sim, idade: anos.

6.8. Terapia de Reposição Hormonal (atual): sim não

7. Desenvolvimento

7.1. Qual a idade da sua mãe quando você nasceu? (marque **99** se não souber)

7.2. Durante a sua gestação sua mãe fez uso de

Medicações? sim não não sei sem condições de responder

Se sim, qual?

Drogas? sim não não sei sem condições de responder

Se sim, qual?

Cigarro? sim não não sei sem condições de responder

Álcool? sim não não sei sem condições de responder

7.3. Seu parto foi normal cesariana não sei sem condições de responder

7.4.: Você teve algum atraso no desenvolvimento? (sentar, caminhar, falar)

sim não não sei sem condições de responder

8. Moradia:

Vive: Sozinho Com familiares Em pensionato Em instituição

Qual? _____

Classificação Econômica

1. Posse de Itens

2.

	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em Cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada Mensalista	0	2	4	4	4

Aspirador de Pó	0	1	1	1	1
Máquina de Lavar	0	1	1	1	1
Vídeo Cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

2. Grau de Instrução do **chefe da família**

Elementar / Primário incompleto	
completo / Ginásial incompleto	
completo / Colegial incompleto	
completo / Superior incompleto	
completo	

Classe:

- 1 A1 (30-34)
 2 A2 (25-29)
 3 B1 (21-24)
 4 B2 (17-20)
- 5 C (11-16)
 6 D (6-10)
 7 E (0-5)

Impressão do avaliador:

- 1 Entrevista fácil: paciente informa bem em relação a datas e fatos
- 2 Entrevista média: paciente informa bem alguns aspectos, mas não outros, menos de metade das informações são de prontuário ou do familiar
- 3 Entrevista difícil: paciente informa pouco, maioria das informações obtidas de prontuário ou familiar
- 4 Entrevista muito difícil: paciente não informa quase nada, baixa confiabilidade das informações
- 5 Entrevista impossível – informações apenas de terceiros.

Anexo H – Protocolo da Alta

1. Identificação

Prontuário HCPA:

--	--	--	--	--	--	--	--

Nome Completo:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Peso atual (medido):

					Kg
--	--	--	--	--	----

Altura (medida):

					cm
--	--	--	--	--	----

Mudança no tamanho da roupa antes e depois do tratamento psiquiátrico durante internação:

1 sim 2 não 9 não sei
Se sim: 1 aumento 2 redução

2. Características da Doença

Tempo de internação:

					dias
--	--	--	--	--	------

Tipo de internação

1 voluntária
2 involuntária

Motivo da internação:

1 Risco de agressão 2 Risco de suicídio 3 Risco Moral
4 Risco ao Patrimônio 5 Elucidação Diagnóstica
6 Outros (Especifique)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diagnóstico na alta:

Realizou ECT nessa internação:

1 sim 2 não

Se sim, quantas sessões:

--	--	--	--	--	--	--

Tentativa de suicídio nessa internação:

1 sim 2 não

Se sim

--	--	--	--	--

 vezes

Tipo tentativa:

1 arma fogo 2 enforcamento 3 cortar pulsos

4 medicação 5 pular de local alto 6 outro, qual:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tratamento Psiquiátrico

Quais **medicamentos** você tomou durante a internação ?

(Preencher de acordo com códigos em Tabela de Medicamentos Psiquiátricos):

Número da Medicação	Uso Atual		Dose	Número da Medicação	Uso Atual		Dose
	1- Sim	2-Não			1- Sim	2-Não	
	1- Sim	2-Não			1- Sim	2-Não	
	1- Sim	2-Não			1- Sim	2-Não	
	1- Sim	2-Não			1- Sim	2-Não	
	1- Sim	2-Não			1- Sim	2-Não	

Levando em consideração o problema que lhe trouxe a tratamento, em relação a seu estado na baixa, você está:

9 pior 1 Igual 2 Melhor

Você voltará a morar no mesmo lugar em que vivia antes da internação?

1 Sim 2 Não

Onde? 1 pensão 2 institucionalização 3 já morar com outro familiar

4 outro – qual?

Você já tem um local para seguir seu atendimento?

1 sim 2 não

1 Ambulatório HCPA

2 Psiquiatra particular (não psicoterapia)

3 CAPS HCPA () OUTRO CAPS Qual?

4 CAPS AD

5 Outro Qual ?

Indicação de tratamento:

Psicoterapia: 1 Sim 2 Não 9 Não sabe

Medicamentos: 1 Sim 2 Não 9 Não sabe

Quais?

(Preencher de acordo com códigos em Tabela de Medicamentos Psiquiátricos):

Número da Medicação	Dose	Número da Medicação	Dose