



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



## **Monografia**

# **Frequência de sintomas de hiperatividade/impulsividade e de desatenção em amostra de adultos com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em Salvador – Bahia (Brasil)**

**Mariana Vieira Fernández EcheGARAY**

Salvador (Bahia)  
Novembro, 2015

## FICHA CATALOGRÁFICA

(elaborada pela Bibl. **SONIA ABREU**, da Bibliotheca Gonçalo Moniz : Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

E18	<p>Echegaray, Mariana Vieira Fernández</p> <p>Frequência de sintomas de hiperatividade/impulsividade e de desatenção em amostra de adultos com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em Salvador – Bahia (Brasil) / Mariana Vieira Fernández Echegaray. Salvador: MVF, Echegaray, 2015.</p> <p>viii, 99 fls.</p> <p>Monografia, como exigência parcial e obrigatória para conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA)</p> <p>Professor orientador: Eduardo Pondé de Sena</p> <p>Palavras chaves: 1. Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade. 2. Adulto. 3. Comorbidade. I. Sena, Eduardo Pondé. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título.</p> <p>CDU – 616-008.61</p>
-----	---



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**  
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



## **Monografia**

# **Frequência de sintomas de hiperatividade/impulsividade e de desatenção em amostra de adultos com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em Salvador – Bahia (Brasil)**

**Mariana Vieira Fernández Echegaray**

Professor orientador: Eduardo Pondé de Sena

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2015.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)  
Novembro, 2015

**Monografia:** *Frequência de sintomas de hiperatividade/impulsividade e de desatenção em amostra de adultos com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em Salvador – Bahia (Brasil)*, de **Mariana Vieira Fernández EcheGARay**

Professor orientador: Eduardo Pondé de Sena

**COMISSÃO REVISORA:**

- **Eduardo Pondé de Sena** (Presidente, Professor orientador), Professor do Departamento de Biorregulação do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia.
- **Pedro Antonio Pereira de Jesus**, Professor do Departamento de Biomorfologia do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Bahia.
- **Rita de Cássia Saldanha de Lucena**, Professora do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Kiyoshi Ferreira Fukutani**, Doutorando do Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPgCS) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

**TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:**

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no IX Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

*Todas as vitórias ocultam uma abdicação (Simone de Beauvoir)*

Aos Meus Pais, **Vanuza** e  
**Diego**, por serem meus eternos  
exemplos

## EQUIPE

- Mariana Vieira Fernández Echegaray. Correio-e: [marivfechegaray@hotmail.com](mailto:marivfechegaray@hotmail.com);
- Professor orientador: Eduardo Ponde de Sena. Correio-e: [eduponde@ufba.br](mailto:eduponde@ufba.br);
- Abrahão Fontes Baptista, Coordenador do Laboratório de Estimulação Funcional, Instituto de Ciências da Saúde – UFBA;
- Felipe Fregni, Professor Associado da Harvard Medical School e Chefe do Spaulding Rehabilitation Hospital;
- Camila Souza Alves Cosmo, enquanto foi doutoranda do Programa de Pós-graduação Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas (UFBA);
- Mário Ferrari Neto, Estudante de Medicina (FMB-UFBA);
- Carlos Eduardo Borges Passos Neto, Estudante de Medicina (FMB-UFBA).

## INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

### UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
- Instituto de Ciências da Saúde (ICS)

### SANATÓRIO SÃO PAULO

- Centro de Pesquisas Clínicas

### SPAULDING REHABILITATION HOSPITAL

- Laboratory of Neuromodulation

### HARVARD MEDICAL SCHOOL

## FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Centro de Pesquisas Clínicas Sanatório São Paulo; e
2. Programa de Iniciação Científica (PIBIC) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

## AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao meu Professor orientador, Doutor **Eduardo Pondé de Sena**, pela presença constante e substantivas orientações acadêmicas e à minha vida profissional de futura médica.
- ◆ À Doutora **Camila Souza Alves Cosmo**, pela oportunidade, instruções e sugestões de grande importância para esse trabalho.
- ◆ Ao Prof. Dr. **Abrahão Fontes Baptista**, pela coordenação competente do Laboratório de Eletroestimulação Funcional, sem o qual esse trabalho não poderia ter sido realizado.
- ◆ Ao Prof. Dr. **Felipe Fregni**, pelos esforços em colaboração internacional.
- ◆ Aos meus Colegas **Carlos Eduardo Borges Passos Neto** e **Mário Ferrari Neto**, pela colaboração na aplicação dos questionários.
- ◆ Ao Professor Doutor **José Tavares-Neto**, pela incansável busca pela qualidade discente.



## SUMÁRIO

<b>ÍNDICE DE TABELAS</b>	<b>2</b>
<b>I. RESUMO</b>	<b>3</b>
<b>II. OBJETIVOS</b>	<b>4</b>
<b>III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>5</b>
<b>IV. REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>7</b>
IV.1. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade	7
IV.2. Fisiopatologia	7
IV.3. Classificação e apresentação clínica	7
IV.4. Epidemiologia	8
IV.5. Diagnóstico	8
IV.6. Comorbidades psiquiátricas	9
IV.7. Tratamento	9
<b>V. METODOLOGIA</b>	<b>10</b>
<b>VI. RESULTADOS</b>	<b>14</b>
<b>VII. DISCUSSÃO</b>	<b>20</b>
<b>VIII. CONCLUSÕES</b>	<b>24</b>
<b>IX. SUMMARY</b>	<b>25</b>
<b>X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>26</b>
<b>XI. ANEXOS</b>	<b>30</b>
ANEXO I: Termo de consentimento livre e esclarecido	31
ANEXO II: <i>Adult Self-Report Scale (ASRS-18)</i>	34
ANEXO III: Roteiro de entrevista para avaliação de TDAH	35
ANEXO IV: Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	43
ANEXO V: <i>Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version (MINI PLUS)</i>	45
ANEXO VI: Parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), com aprovação da investigação	97
ANEXO VII: Adendo ao parecer do CEP	98

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>TABELA 1.</b> Distribuição dos subtipos de TDAH conforme o sexo	<b>14</b>
<b>TABELA 2.</b> Escolaridade dos indivíduos de acordo com o sexo	<b>14</b>
<b>TABELA 3.</b> Distribuição racial dos indivíduos de acordo com o sexo	<b>15</b>
<b>TABELA 4.</b> Estado civil dos indivíduos de acordo com o sexo	<b>15</b>
<b>TABELA 5.</b> Frequência de sintomas de desatenção de acordo com o sexo	<b>15</b>
<b>TABELA 6.</b> Frequência de sintomas de hiperatividade/impulsividade de acordo com o sexo	<b>16</b>
<b>TABELA 7.</b> Frequência de distúrbios psiquiátricos associados de acordo com sexo e subtipo de TDAH	<b>18</b>
<b>TABELA 8.</b> Pontuação no MEEM de acordo com o sexo	<b>19</b>
<b>TABELA 9.</b> Pontuação na ASRS, ASRS-A e ASRS-B de acordo com o sexo	<b>19</b>
<b>TABELA 10.</b> Distribuição dos indivíduos quanto ao tratamento de TDAH	<b>19</b>

## I. RESUMO

**Frequência de sintomas de hiperatividade/impulsividade e de desatenção em amostra de adultos com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em Salvador – Bahia (Brasil). Fundamentação teórica:** O transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) se caracteriza por um padrão de desatenção e/ou hiperatividade, que se inicia na infância e pode persistir ao longo da vida adulta. Apresenta prevalência estimada na população adulta de 4%, porém a literatura carece de estudos nessa faixa etária, sendo utilizadas para diagnóstico e tratamento extrapolações do conhecimento obtido a partir de estudos com crianças. A realização de estudos descritivos acerca do TDAH em adultos é importante para compreender melhor o comportamento da doença nessa etapa da vida e obter melhores critérios diagnósticos e tratamento mais adequado. **Objetivos:** Descrever a frequência de sintomas de hiperatividade/impulsividade e de desatenção em uma amostra clínica de adultos com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Metodologia:** Estudo de corte transversal realizado com dados obtidos da amostra do ensaio clínico randomizado NCT01968512. Sessenta indivíduos entre 18 e 60 anos com diagnóstico de TDAH foram incluídos. **Resultados:** Dos 60 voluntários, 51 apresentavam subtipo combinado, 7 subtipo predominantemente desatento e 2 subtipo predominantemente hiperativo. O sintoma de desatenção mais referido foi “muitas vezes distrai-se facilmente com estímulos externos” (95%) e o de hiperatividade/impulsividade foi “muitas vezes fala excessivamente” (86,7%). Houve maior frequência de associação de TDAH com transtorno de ansiedade generalizada atual (78,3%), seguida por fobia social atual (38,3%), episódio depressivo maior passado (36,7%) e agorafobia vida inteira (26,7%). **Discussão:** A frequência do TDAH quando separado por sexo seguiu a razão de 1:1, o que é corroborado pela literatura, assim como a distribuição dos indivíduos quanto aos subtipos. As frequências dos sintomas de desatenção relatados foram maiores do que as de hiperatividade/impulsividade, em acordo com trabalhos prévios. Observa-se resultados semelhantes a outros estudos quanto a associação do TDAH com transtornos do humor e de ansiedade. **Conclusões:** A diferença de 31,7% entre as frequências dos itens de desatenção mais e menos relatados e a de 25% entre as de hiperatividade/impulsividade apontam para a necessidade de reavaliação dos critérios diagnósticos para adultos.

**Palavras chave:** 1. Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade; 2. Adulto; 3. Comorbidade.

## II. OBJETIVOS

### Geral

Descrever a frequência de sintomas de hiperatividade/impulsividade e de desatenção em uma amostra clínica de adultos com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH).

### Específicos

1. Descrever a frequência de TDAH e seus subtipos entre homens e mulheres;
2. Descrever a associação de outros distúrbios psiquiátricos nesses adultos, mediante avaliação pelo *Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version 5.0.0* (MINI PLUS);

### III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado pela dificuldade em manter a atenção e/ou por sintomas de impulsividade e hiperatividade (RAPLEY, 2005). Essas manifestações clínicas iniciam-se na infância e podem persistir ao longo da vida adulta em cerca de 50% dos casos (SHAW, 2012), no entanto, a forma adulta foi validada apenas no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition* (DSM-III) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980; MATTOS, 2006).

Os estudos diferem quanto à definição de persistência de TDAH da infância para a vida adulta. Uma parte desses estudos considera a persistência sintomática, ou seja, considera como portadores indivíduos que apresentam comprometimento funcional clinicamente significativo, mesmo que não possuam número suficiente de sintomas para diagnóstico pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition – Text Revision* (DSM IV-TR). Outra parte considera a persistência sindrômica, ou seja, considera como portadores apenas aqueles indivíduos que preenchem os critérios do DSM IV-TR. No primeiro grupo, as taxas de persistência variam de 40 a 60%, enquanto no segundo grupo são de cerca de 15% (FROELICH, 2009; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000; DIAS, 2007).

Existe uma discrepância entre os prejuízos causados em crianças e adultos. Na infância, verifica-se aumento do risco de acidentes, diminuição do rendimento escolar, aumento de *bullying* (tanto como agressores como quanto vítimas), aumento da prevalência de transtornos alimentares (principalmente transtornos de compulsão alimentar) e aumento na adição à internet e *videogames*. Na vida adulta, as consequências incluem desemprego, dificuldades financeiras, problemas de relacionamento (aumento do número de divórcios), aumento do abuso de substâncias e de associação com outros transtornos psiquiátricos (VOLKOW, 2013; MATTOS, 2007; REINHARDT ET REINHARDT, 2013). Adultos com TDAH também têm maior número de multas de trânsito, acidentes de carro e suspensão da carteira de motorista (WILENS, 2004).

A maioria do conhecimento existente atualmente acerca do transtorno reside em estudos realizados com crianças e adolescentes, havendo uma grande lacuna no que diz respeito à sua apresentação na idade adulta e, portanto, necessidade de mais estudos (DIAS, 2007). A extrapolação dos dados para a população adulta dificulta enormemente seu diagnóstico e tratamento, o que causa queda na qualidade de vida (MATTOS, 2007).

Estima-se que a prevalência mundial do TDAH entre adultos seja de 3,4%, com igual distribuição entre os gêneros (1:1) (FAYYAD, 2007; CANTWELL, 1996). Contudo, a literatura

referente a essa faixa etária ainda é insuficiente, sendo estimativas de prevalência extrapoladas da população pediátrica (DIAS, 2007). No Brasil, este cenário é ainda mais alarmante, não havendo qualquer dado epidemiológico referente à frequência de TDAH entre adultos.

Neste contexto, a realização de estudos descritivos abordando aspectos clínicos e epidemiológicos em adultos com diagnóstico de TDAH é importante para melhor compreensão da apresentação clínica desta desordem nessa população. Estes dados poderão subsidiar futuros estudos para maior adequação de instrumentos diagnósticos e abordagem terapêutica. Desse modo, o objetivo primário desse trabalho foi descrever a frequência de sintomas de hiperatividade/impulsividade e de desatenção em amostra clínica de adultos com TDAH.

## IV. REVISÃO DA LITERATURA

### IV.1. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade

O transtorno do déficit de atenção e hiperatividade é caracterizado pelo conjunto de sintomas relacionados à dificuldade do indivíduo em manter a atenção e/ou controlar a impulsividade e a hiperatividade (RAPLEY, 2005). Esses sintomas apresentam-se mais exacerbados do que em indivíduos com níveis equivalentes de desenvolvimento e podem causar comprometimento sócio-afetivo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

### IV.2. Fisiopatologia

A partir de estudos neurofisiológicos, farmacológicos e de imagem foram formuladas diferentes hipóteses para a fisiopatologia da doença (RAPLEY, 2005). A hipótese mais aceita atualmente admite que sujeitos com TDAH apresentem disfunção em vias noradrenérgicas e dopaminérgicas envolvidas com função executiva e vias dopaminérgicas relacionadas a atenção, motivação e sistema de recompensa. Então, o quadro clínico possivelmente decorre de alterações no córtex pré-frontal e em suas conexões subcorticais (VOLKOW, 2013).

Fatores genéticos e não genéticos estão implicados na fisiopatogenia. Os primeiros parecem estar envolvidos com aproximadamente 65% da variação fenotípica, o que é uma porcentagem bastante alta para doenças psiquiátricas (VOLKOW, 2013). Estudos mostram que filhos de adultos com TDAH têm maior probabilidade de também desenvolver o transtorno (WILENS, 2004). Alguns genes já foram identificados e incluem: gene do receptor de dopamina D2, gene do receptor de dopamina D4, gene dopamina beta-hidroxilase, gene do transportador da dopamina e gene SNAP 25 (WILENS, 2004).

Fatores não genéticos que parecem estar associados incluem: tabagismo da genitora durante a gravidez, exposição a chumbo na infância, obesidade e diabetes – tanto dos indivíduos, quanto da mãe durante gravidez (VOLKOW, 2013). Baixo peso ao nascer e prematuridade também poder prejudicar o desenvolvimento cerebral e levar ao desenvolvimento do transtorno (CRAIG, 2011). Trabalho realizado por Froelich *et al.* (2009) mostrou que a exposição a tabaco, a chumbo e, especialmente, aos dois concomitantemente, está associada com TDAH (FROEHLICH, 2009).

### IV.3. Classificação e apresentação clínica

Existem 3 subtipos de TDAH: predominantemente desatento, predominantemente hiperativo e combinado. A maioria dos indivíduos apresenta sintomas tanto de desatenção quanto de hiperatividade-impulsividade (80%), 10 a 15% predominantemente sintomas de desatenção e 5% predominantemente sintomas de hiperatividade (RAPLEY, 2005). A apresentação clínica

nas diferentes fases da vida não é constante. Com o passar dos anos, existe um predomínio dos sintomas de desatenção, enquanto há uma diminuição dos sintomas de hiperatividade (VOLKOW, 2013). O subtipo apropriado (para um diagnóstico atual) deve ser indicado com base no padrão predominante de sintomas nos últimos seis meses (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

#### IV.4. Epidemiologia

Uma metanálise envolvendo 171.756 indivíduos com até 18 anos de idade encontrou prevalência de TDAH de 5,29% (POLANCZYK, 2007; MATTOS, 2012). Número semelhante (5,8%) foi encontrado em estudo realizado no Brasil (ROHDE, 1999).

Em estudo conduzido nos Estados Unidos com indivíduos entre 18 e 44 anos, a prevalência estimada de TDAH foi de 4% (5,4% para homens e 3,2% para mulheres) (KESSLER, 2006). A proporção entre meninos e meninas é de 4:1, enquanto entre homens e mulheres é de 1:1 (CANTWELL, 1996).

#### IV.5. Diagnóstico

O diagnóstico é realizado principalmente através dos critérios desenvolvidos pelo DSM-IV-TR e pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition* (DSM-5) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Os critérios desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) são semelhantes, porém o distúrbio é denominado transtorno hipercinético (REINHARDT *ET* REINHARDT, 2013).

O TDAH é diagnosticado clinicamente, baseando-se nos sintomas atuais, no caso de crianças, e nos sintomas atuais mais a história clínica pregressa, no caso de adultos. Nenhum teste laboratorial foi estabelecido como diagnóstico na avaliação clínica do TDAH, assim como não há achado característico ao exame físico (RAPPLEY, 2005; VOLKOW, 2013; GOMES, 2007).

Existem algumas considerações relacionadas à dificuldade do diagnóstico de adultos com TDAH baseado no DSM IV-TR que devem ser feitas. É necessário que haja início dos sintomas aos sete anos de idade, porém essa exigência é controversa na literatura (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000). No DSM-5, o início deve ser aos doze anos, no entanto, não houve modificações quanto aos critérios sintomáticos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Hesslinger *et al.* (2003) mostraram que não há relação entre o tempo de início do transtorno e a comorbidade (DIAS, 2007). Também se deve considerar o viés de memória da história clínica



pregressa do sujeito. Além disso, devem existir pelo menos 6 sintomas de desatenção ou de hiperatividade porém não há estudos suficientes que validam esse ponto de corte para populações de maiores de 18 anos (FROEHLICH, 2009; MESQUITA, 2010; SHAW, 2012).

A *Adult Self-Reported Scale* (ASRS-18) foi desenvolvida para adaptar os sintomas listados no DSM-IV para o contexto da vida adulta, auxiliando assim o diagnóstico de TDAH nessa etapa da vida e sendo amplamente usada (MATTOS, 2006).

É importante que adultos com mau desempenho profissional e financeiro, problemas de direção (principalmente alto número de violações no trânsito), vícios e abuso de substâncias sejam avaliados, especialmente se há história de TDAH na família (WILENS, 2004).

#### IV.6. Comorbidades psiquiátricas

A frequência de comorbidades psiquiátricas também varia entre crianças e adultos com TDAH. Em adultos, observa-se principalmente transtornos do humor, transtornos de ansiedade, abuso de substâncias e transtornos de personalidade (antissocial). Por outro lado, em crianças, se associam dificuldade de aprendizado, transtornos de conduta, tique, transtornos do humor e transtornos de ansiedade (MATAS, 2006).

Estudo realizado em 2005 mostrou que 87% dos adultos com TDAH diagnosticados na infância apresentavam pelo menos uma comorbidade psiquiátrica, e que 56% apresentavam pelo menos duas, em comparação com 64% e 27% , respectivamente, em adultos sem diagnóstico de TDAH (MCGOUGH, 2005).

Em estudo prospectivo conduzido por Hinshaw *et al.* (2012), observou-se que crianças do sexo feminino com diagnóstico de TDAH apresentaram maior frequência de tentativas de suicídio e auto-agressão quando adultas, se comparadas com grupo controle sem o diagnóstico. No entanto, resultados estatisticamente significantes não foram observados em relação a transtornos alimentares, abuso de substâncias ou violações no trânsito (HINSHAW, 2012).

Acredita-se também que a associação com outros transtornos psiquiátricos possa retardar o diagnóstico do TDAH, pois os sintomas de atenção e hiperatividade podem ser suplantados pelos dos outros transtornos. Esse atraso piora a qualidade de vida do paciente e prejudica seu prognóstico (PIÑEIRO-DIEGUEZ, 2014).

#### IV.7. Tratamento

O tratamento farmacológico baseia-se na correção da disfunção das vias dopaminérgicas e noradrenérgicas, porém ainda não existem diretrizes clínicas específicas para o manejo de adultos. O tratamento atual de escolha é o uso de estimulantes (anfetamina e metilfenidato), que

apresentam resposta clínica favorável na maioria dos adultos, apesar dos efeitos adversos (insônia, boca seca, hiporexia, perda ponderal, cefaleia, depressão, ansiedade) (RAPLEY, 2005; VOLKOW, 2013; ROHDE, 1999).

Esses medicamento estão contraindicados em sujeitos com hipertensão, psicose ou tique. Outro medicamento indicado para o tratamento de TDAH é a atomoxetina, que tem menor eficácia, mas que pode ser usada nos casos em que os estimulantes são contraindicados ou em pacientes que têm maior chance de abuso (VOLKOW, 2013; WILENS, 2004).

Caso o paciente apresente outro distúrbio psiquiátrico, é interessante avaliar qual dos dois causa maior impacto na vida do indivíduo, e esse deve ser tratado primeiro. Também deve-se averiguar a possibilidade de tratar ambos os distúrbios com o mesmo medicamento (MCGOUGH, 2005).

Revisão sistemática conduzida por Shaw *et al.* (2012) teve por objetivo comparar desfechos a longo prazo entre indivíduos tratados farmacologicamente e não tratados. O estudo mostrou que o tratamento leva a desfechos mais favoráveis, porém que não é suficiente para “normalizar” o indivíduo com TDAH. Os desfechos estudados não incluíam os sintomas de TDAH e destacam-se os seguintes: obesidade, desempenho acadêmico, comportamento ao dirigir, auto-estima, sociabilidade e abuso de substâncias (SHAW, 2012).

O tratamento não-farmacológico inclui psicoterapia, prática de exercício físico, alimentação e descanso adequados, que devem ser adjuvantes à terapia medicamentosa e não tratamento de primeira linha (MATAS, 2006). Novas estratégias terapêuticas, como a eletroestimulação por corrente contínua, estão sendo desenvolvidas (DERMITAS-TATLIDEDE, 2013).

## V. METODOLOGIA

O estudo em questão fez parte do ensaio clínico randomizado “Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: contribuição da estimulação transcraniana por corrente contínua no controle inibitório”. Nesse trabalho, 60 indivíduos adultos com diagnóstico de TDAH foram randomizados em 2 grupos (estimulação ativa e *sham*) para a intervenção com *transcranial direct current stimulation* (tDCS), além de terem sido avaliados por psiquiatra experiente no assunto com o uso de escalas específicas. Para a descrição completa desse estudo, deve-se consultar o trabalho de Cosmo *et al.*, 2015.

### Desenho de estudo e participantes

Estudo de corte transversal com dados obtidos da amostra do ensaio clínico randomizado NCT01968512.

Foram incluídos no estudo indivíduos entre 18 e 60 anos, residentes na Bahia (Brasil), que assinaram o termo de comprometimento livre e esclarecido (TCLE) e receberam diagnóstico de TDAH fundamentado no DSM IV-TR e na ASRS-18. Foram excluídos do estudo indivíduos que abusaram de substâncias psicoativas (exceto álcool e cafeína) nos últimos 12 meses, aqueles com esquizofrenia, transtorno bipolar e incapacidade de compreensão dos questionários utilizados ou não alfabetizados.

Nesse estudo, os indivíduos com TDAH foram selecionados através de carta e *e-mail* para a Associação Psiquiátrica da Bahia (APB), Sociedade de Neurologia da Bahia (SNB) e Associação Brasileira de Neurologia, Psiquiatria e Profissões Afins (ABENEPI)-capítulo Bahia, contato por meio de correspondência e telefone com profissionais especialistas em TDAH, além de nota em jornal de circulação estadual no período de Março de 2013 a Maio de 2013.

### Definição do tamanho amostral

A análise dos dados foi feita a partir de amostra clínica de 60 indivíduos adultos diagnosticados com TDAH, voluntários do ensaio clínico randomizado NCT01968512.

### Variáveis

#### **Demográficas**

- Idade – quantitativa, contínua, aleatória, de razão, individualizada;
- Sexo – qualitativa, categórica, dicotômica, aleatória, nominal, individualizada;

- Grupo racial – qualitativa, categórica, policotômica, aleatória, nominal, individualizada;
- Escolaridade – quantitativa, contínua, policotômica, aleatória, ordinal, individualizada;
- Profissão – qualitativa, categórica, policotômica, aleatória, nominal, individualizada;
- Tipo de renda – qualitativa, categórica, policotômica, aleatória, nominal, individualizada;
- Estado civil – qualitativa, categórica, policotômica, aleatória, nominal, individualizada.

### **Clínicas**

- Subtipo de TDAH – qualitativa, categórica, policotômica, aleatória, nominal, individualizada;
- Pontuação ASRS-18 – quantitativa, contínua, aleatória, de razão, individualizada;
- Pontuação MEEM – quantitativa, contínua, aleatória, ordinal, individualizada;
- Resultados MINI PLUS – qualitativa, categórica, policotômica, aleatória, nominal, individualizada.

### Métodos estatísticos

Os dados coletados foram registrados em planilha do "software" Excel e a sua análise foi realizada através do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 17.0). Devido ao método não-probabilístico de seleção da amostragem adotada no presente estudo, a estatística descritiva foi empregada para a análise dos resultados. Como os dados sociodemográficos e clínicos seguiram uma distribuição normal, foram expressas as frequências, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio-padrão). A exposição da maioria desses dados foi feita de maneira tabular.

### Descrição da metodologia (protocolo de pesquisa/ *modus operandi*)

Profissional treinado foi responsável por acolher o voluntário em uma sala confortável e livre de estímulos externos, explicar o estudo e colher a assinatura do TCLE (**Anexo I**). Em seguida, foram aplicados, respectivamente, os instrumentos ASRS-18, roteiro de entrevista sóciodemográfico, mini exame do estado mental (MEEM) e *Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian Version 5.0.0* (MINIPLUS).

Kessler *et al.* (2005) desenvolveram a ASRS-18 (**Anexo II**) a partir da adaptação dos sintomas do critério A do DSM IV-TR para a vida adulta, sendo composta por 9 itens que avaliam desatenção (ASRS-A) e 9 itens que avaliam impulsividade/hiperatividade (ASRS-B) (KESSLER, 2005).

O roteiro de entrevista (**Anexo III**) foi elaborada pela equipe do ensaio clínico NCT01968512 e é dividido em blocos que avaliam características demográficas, dados clínicos referentes ao TDAH e seu tratamento, antecedentes patológicos, antecedentes familiares e hábitos de vida.

O MEEM (**Anexo IV**), desenvolvido por Folstein *et al.* (1975), permite a avaliação da função cognitiva e costuma ser usado para rastreio, sendo empregado no presente estudo para exclusão de voluntários (FOLSTEIN, 1975).

A entrevista semiestruturada MINI PLUS (**Anexo V**) foi conduzida por psiquiatra experiente e capacitado, sendo usada para investigar comorbidades, além de verificar se os sintomas não poderiam ser melhor explicados por outro transtorno (SHEEHAN, 1998).

### Considerações éticas

O estudo segue estritamente os preceitos de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Foram incluídos apenas os indivíduos que formalizaram consentimento de participação por escrito, em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, através do TCLE. O projeto “Aspectos neurobiológicos do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: contribuição da estimulação transcraniana por corrente contínua no controle inibitório” foi aprovado em 09 de Outubro de 2012 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira (MCO/UFBA), conforme **Anexo VI**. Uma alteração no projeto original foi feita quanto à amperagem da estimulação transcraniana, que foi aprovada em 31 de Maio de 2013 (**Anexo VII**). O número do parecer é 289.920 e o número CAAE é 07971612.2.0000.5543.

## VI. RESULTADOS

Foram analisados dados de 60 indivíduos com TDAH, dos quais 35 (58,3%) eram do sexo masculino e 25 (41,7%) do sexo feminino. A idade variou de 18 a 57 anos, a média de idade foi de 32,6 anos, com desvio-padrão de 11,3 anos, e mediana de 27,5 anos.

Dos 60 indivíduos, 51 (85%) apresentaram TDAH subtipo combinado (TDAH-C), 7 (11,7%) subtipo predominantemente desatento (TDAH-D) e 2 (3,2%) subtipo predominantemente hiperativo (TDAH-H). A distribuição dos subtipos entre os sexos é mostrada na Tabela 1.

**Tabela 1. Distribuição dos subtipos de TDAH conforme o sexo.**

Sexo	Subtipo	TDAH-C (%)	TDAH-D (%)	TDAH-H (%)
	Feminino	21 (84)	3 (12)	1 (4)
	Masculino	30 (85,7)	4 (11,4)	1 (2,9)

A metade dos voluntários (50%) possuía ensino superior completo e o restante possuía ensino superior incompleto (38,3%), ensino médio completo (5%), ensino médio incompleto (1,7%), ensino fundamental incompleto (1,7%) e 1 indivíduo não informou esse dado. As taxas de escolaridade estão descritas na Tabela 2.

**Tabela 2. Escolaridade dos indivíduos de acordo com o sexo.**

Escolaridade	ESC (%)	ESI (%)	EMC (%)	EMI (%)	EFC (%)	EFI (%)	NI (%)
Sexo							
Feminino	15 (60)	7 (28)	2 (8)	0	0	0	1 (4)
Masculino	16 (45,7)	16 (45,7)	1 (2,9)	1 (2,9)	0	1 (2,9)	0

Dos 60 indivíduos, 26 (43,3%) eram pardos, 24 (40%) brancos, 9 (15%) negros e 1 (1,7%) amarelo.

**Tabela 3. Distribuição racial dos indivíduos de acordo com o sexo.**

Sexo	Grupo racial	Branca (%)	Parda (%)	Negra (%)	Amarela (%)
Feminino		11 (44)	10 (40)	3 (12)	1 (4)
Masculino		13 (37,1)	16 (45,7)	6 (17,1)	0 (0)

Quarenta (66,7%) indivíduos eram solteiros, (28,3%) eram casados e 3 (5%) eram divorciados. A frequência de mulheres solteiras e casadas foi semelhante, enquanto a frequência de homens solteiros foi maior do que a de homens casados, conforme Tabela 4.

**Tabela 4. Estado civil dos indivíduos de acordo com o sexo.**

Sexo	Est. Civil	Solteiro (%)	Casado (%)	Divorciado (%)
Feminino		11 (44)	12 (48)	2 (8)
Masculino		29 (82,9)	5 (14,3)	1 (2,8)

O sintoma de desatenção mais referido foi “muitas vezes distrai-se facilmente com estímulos externos” (95% dos indivíduos), seguido por “muitas vezes tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas.” (90%) e por “muitas vezes não dá atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades acadêmicas, de trabalho, ou outras atividades.” (88,3%), conforme evidenciado na Tabela 5.

**Tabela 5. Frequência de sintomas de desatenção de acordo com o sexo.**

Sintoma de desatenção	Total (%)	Sexo F (%)	Sexo M (%)
▪ Muitas vezes não dá atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades acadêmicas, de trabalho, ou outras atividades.	53 (88,3)	22 (88)	31 (88,6)
▪ Muitas vezes tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas.	54 (90)	23 (92)	31 (88,6)
▪ Muitas vezes parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra.	38 (63,3)	15 (60)	23 (65,7)

Continua.

**Tabela 5. Continuação**

▪ Muitas vezes não segue instruções e falha em terminar tarefas acadêmicas, ou deveres no trabalho (não por comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções).	47 (78,3)	20 (80)	27 (77,1)
▪ Muitas vezes tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.	49 (81,7)	18 (72)	31 (88,6)
▪ Frequentemente evita, não gosta ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas e trabalhos).	47 (78,3)	20 (80)	27 (77,1)
▪ Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, canetas, livros, equipamentos ou ferramentas).	43 (71,7)	17 (68)	26 (83,9)
▪ Muitas vezes distrai-se facilmente com estímulos externos.	57 (95)	24 (96)	33 (94,3)
▪ É muitas vezes esquecido em atividades diárias.	48 (80)	19 (76)	29 (82,9)

Por sua vez, o sintoma de hiperatividade/impulsividade mais frequente foi “muitas vezes fala excessivamente” (86,7% dos voluntários), em seguida “muitas vezes tem sensações de inquietação em demasia, em situações em que é inapropriado.” (80%) , como mostra a Tabela 6.

**Tabela 6. Frequência de sintomas de hiperatividade/impulsividade de acordo com o sexo.**

Sintoma de hiperatividade/ impulsividade	Total (%)	Sexo F (%)	Sexo M (%)
▪ Frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.	47 (78,3)	20 (80)	27 (77,1)
▪ Frequentemente abandona sua cadeira na faculdade ou em outras situações em que deveria permanecer sentado.	38 (63,3)	17 (68)	21 (60)
▪ Muitas vezes tem sensações de inquietação em demasia, em situações em que é inapropriado.	48 (80)	20 (80)	28 (80)
▪ Tem dificuldade em envolver-se silenciosamente em atividades de lazer.	37 (61,7)	15 (60)	22 (62,9)
▪ Está muitas vezes 'em movimento'.	46 (76,7)	17 (68)	29 (82,9)

Continua.



**Tabela 6. Continuação**

▪ Muitas vezes dá respostas precipitadas antes de as perguntas serem concluídas.	45 (75)	20 (80)	25 (71,4)
▪ Muitas vezes fala excessivamente.	52 (86,7)	23 (92)	29 (82,9)
▪ Muitas vezes tem dificuldade para aguardar sua vez.	41 (68,3)	18 (72)	23 (65,7)
▪ Muitas vezes interrompe ou intromete-se (por exemplo, em conversação ou jogos).	40 (66,7)	16 (64)	24 (68,6)

Cinquenta e três indivíduos (88,3%) referiram que o prejuízo causado pelos sintomas de desatenção e hiperatividade/ impulsividade estavam presentes em dois ou mais contextos, sendo desses 24 mulheres (96% das mulheres) e 29 homens (82,9%).

Vinte e três indivíduos (10 mulheres e 13 homens) tinham história familiar de TDAH, enquanto 33 não tinham (12 mulheres e 21 homens) e 4 não sabiam informar (3 mulheres e 1 homem).

Acerca dos distúrbios psiquiátricos associados, 47 indivíduos (78,3%) apresentavam transtorno de ansiedade generalizada (TAG) atual, 23 (38,3%) indivíduos apresentavam fobia social atual, 22 (36,7%) indivíduos apresentaram episódio depressivo maior passado, 16 (26,7%) agorafobia vida inteira e 14 (23,3%) transtorno obsessivo compulsivo (TOC) atual. A Tabela 7 evidencia a frequência de cada distúrbio associado.

**Tabela 7. Frequência de distúrbios psiquiátricos associados de acordo com sexo e subtipo de TDAH.**

Distúrbio psiquiátrico	Total (%)	Sexo F (%)	Sexo M (%)	TDAH-C(%)	TDAH-D (%)	TDAH-H(%)
<b>TRANSTORNOS DE ANSIEDADE</b>						
TAG	47 (78,3)	23 (92)	24 (68,6)	40 (78,4)	5 (71,4)	2 (100)
TOC	14 (23,3)	8 (32)	6 (17,1)	12 (23,5)	2 (28,6)	0
Transtorno do estresse pós-traumático	4 (6,7)	3 (12)	1 (2,9)	4 (7,8)	0 (0)	0
Agorafobia atual	13 (21,7)	11 (44)	2 (5,7)	10 (19,6)	2 (28,6)	1 (50)
Agorafobia vida inteira	16 (26,7)	12 (48)	4 (6,7)	12 (23,5)	4 (57,1)	0
Fobia social	23 (38,3)	9 (36)	14 (40)	20 (39,2)	3 (42,9)	0
Fobia específica	15 (25)	9 (36)	6 (10)	14 (27,4)	1 (14,3)	0
Transtorno do pânico atual	5 (8,3)	4 (16)	1 (2,9)	5 (9,8)	0	0
Transtorno do pânico vida inteira	12 (20)	7 (28)	5 (14,3)	10 (19,6)	2 (28,6)	0
Ataques pobres em sintomas vida inteira	1 (1,7)	1 (4)	0	1 (2)	0	0
<b>TRANSTORNOS DE HUMOR</b>						
Episódio depressivo maior atual	13 (21,7)	9 (36)	4 (11,3)	13 (25,5)	0	1 (50)
Episódio depressivo maior passado	22 (36,7)	10 (40)	12 (34,3)	18 (35,3)	3 (42,9)	1 (50)
Distímia atual	0	0	0	0	0	0
Distímia passada	2 (3,3)	2 (8)	0	2 (3,9)	0	0
Transtorno disfórico pré-menstrual	2 (3,3)	2 (3,3)	0	2 (3,9)	0	0
Risco de suicídio	3 (5)	3 (12)	0	2 (3,9)	0	1 (50)
<b>TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS</b>						
Dependência de álcool	0	0	0	0	0	0
Dependência de outras substâncias	0	0	0	0	0	0
<b>TRANSTORNOS ALIMENTARES</b>						
Anorexia nervosa	0	0	0	0	0	0
Bulimia nervosa	0	0	0	0	0	0
<b>TRANSTORNOS DE SOMATIZAÇÃO</b>						
Transtorno somatização atual	1 (1,7)	0	1 (2,9)	1 (2)	0	0
Transtorno somatização vida inteira	1 (1,7)	0	1 (2,9)	1 (2)	0	0
<b>TRANSTORNOS PSICÓTICOS</b>						
Transtorno psicótico	0	0	0	0	0	0

Tabagismo foi referido por 5 (8,3%) voluntários, 3 do sexo masculino e 2 do sexo feminino, enquanto etilismo foi referido por 35 (58,3%), sendo 25 homens e 10 mulheres. Quanto aos psicoestimulantes, 11 (18,3%) voluntários relataram fazer uso (8 homens e 3 mulheres).

O resultado do MEEM variou de 24 a 30, a média foi de 28,8, com desvio-padrão de 1,2 e mediana de 29. Na tabela 8 observam-se essas variáveis divididas por sexo.

**Tabela 8. Pontuação no MEEM de acordo com o sexo.**

Sexo	MEEM	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Feminino		28,6	29	1,3	25	30
Masculino		29	29	1,2	24	30

O resultado da ASRS entre todos os indivíduos variou de 32 a 67, a média foi de 52, com desvio-padrão de 8,8 e mediana de 53,5. O resultado da ASRS-A entre todos os indivíduos variou de 9 a 34, a média foi de 27,3, com desvio-padrão de 4,8 e mediana de 28. Já o resultado da ASRS-B variou de 9 a 36, a média foi de 24,7, com desvio-padrão de 6,4 e mediana de 25.

**Tabela 9. Pontuação na ASRS, ASRS-A e ASRS-B de acordo com o sexo.**

Sexo	ASRS/A/ B	Média	Mediana	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
Feminino		53,8/	55/	7,9/	33/	66
		28,4/	29/	3,8/	18/	34/
		25,4	26	6,4	11	36
Masculino		50,7/	52/	9,3/	32/	67/
		26,5/	28/	5,3/	9/	33/
		24,2	24	6,4	9	36

Quanto ao tratamento para TDAH, 24 (40%) indivíduos já receberam tratamento em algum momento da vida, enquanto 36 (60%) nunca receberam.

**Tabela 10. Distribuição dos indivíduos quanto ao tratamento de TDAH.**

Sexo	Subtipo	Tratados (%)	Não tratados (%)
Feminino		7	18
Masculino		17	18
Total		24 (40)	36 (60)

## VII. DISCUSSÃO

No presente trabalho, a frequência do TDAH quando separado por sexo seguiu a razão de 1:1. Esse dado reflete outros estudos que encontraram semelhante razão, o que pode indicar que a variável sexo não influencia a presença do transtorno (BIEDERMAN, 2011).

O subtipo de TDAH mais frequente no estudo foi o combinado (85%), seguido do subtipo predominantemente desatento (11,7%) e do predominantemente hiperativo (3,3%), proporção que vai de acordo com os dados encontrados na literatura. O subtipo combinado representa 50 a 75% dos casos, o predominantemente desatento 20 a 30% e o predominantemente hiperativo cerca de 15% (REINHARDT *ET* REINHARDT, 2013). A distribuição entre os subtipos foi semelhante entre os sexos, não estando claro na literatura se a expressão dos subtipos entre adultos é diferente entre homens e mulheres (WEISLER, 2014). Entretanto, sabe-se que na população pediátrica, as meninas cursam mais frequentemente com sintomas de desatenção (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

O sintoma de desatenção mais relatado foi “muitas vezes distrai-se facilmente com estímulos externos” (95%), enquanto o menos foi “muitas vezes parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra” (63,3%). Possivelmente, o sintoma relacionado à distração foi mais referido porque somos expostos diariamente a uma grande quantidade de estímulos (ex: propaganda, internet, televisão). A diferença surpreendente de 31,7% encontrada entre os sintomas mais e menos referidos destaca a importância de sempre revisitar os instrumentos utilizados para diagnóstico do TDAH em adultos, de forma a evitar o subdiagnóstico e, conseqüentemente o subtratamento. O sintoma menos referido deve ser reformulado para ser melhor entendido pelos indivíduos ou substituído.

Por sua vez, a frequência entre os sintomas de hiperatividade/impulsividade variou de 61,7% a 86,7%. O sintoma de hiperatividade/impulsividade menos frequente foi “tem dificuldade em envolver-se silenciosamente em atividades de lazer”, o que poderia ser explicado pelo fato de que, na maioria das vezes, não há necessidade de se manter calado em atividades lúdicas e, portanto, a dificuldade não seria notada pelo indivíduo. O segundo sintoma menos apresentado foi “frequentemente abandona sua cadeira na faculdade ou em outras situações em que deveria permanecer sentado” (63,3%). Uma explicação possível para isso é que o adulto, com o passar dos anos, aprende a lidar melhor com o transtorno, e com isso não abandona o seu assento efetivamente, apesar de ter vontade de fazê-lo. O adulto entende que deve permanecer em seu lugar quando necessário e levantar quando não é devido poderia lhe causar problemas profissionais. Aqui também foi encontrada uma diferença significativa entre as frequências

(25%), reforçando a importância de avaliar os instrumentos diagnósticos através de estudos como o em questão.

Observa-se que as frequências dos sintomas de desatenção relatados foram maiores do que as de hiperatividade/impulsividade, o que é esperado no transtorno, uma vez que a hiperatividade/impulsividade tende a diminuir com o passar dos anos, enquanto a desatenção tende a persistir (ASHERSON, 2014). Vale ressaltar que alguns pesquisadores, no entanto, atribuem esta diferença a uma dificuldade no rastreio de hiperatividade/impulsividade pelo DSM-IV-TR, e não a um real declínio. Com o amadurecimento, as manifestações de hiperatividade e de impulsividade se modificariam; por exemplo, hiperatividade como dificuldade de esperar em filas e impulsividade como ataques de fúria ou frustração, e os critérios diagnósticos apresentariam problemas (WEISLER, 2014).

Ainda em relação às diferenças entre os dois tipos de sintomas, Matte *et al* (2015) observaram que os sintomas de desatenção tiveram melhor associação com diagnóstico de TDAH do que os de hiperatividade/impulsividade. Também foi constatado que comprometimento clínico está mais relacionado a sintomas de desatenção. (MATTE, 2015)

Críticas relacionadas aos critérios propostos pelo DSM IV-TR são pertinentes e algumas ainda se mantêm após a publicação do DSM-5. Primeiramente, o número de itens a serem aplicados pelo profissional é grande (nove itens acerca de desatenção e nove itens acerca de hiperatividade/impulsividade), ainda mais se levarmos em consideração o tamanho de cada item e o tempo necessário para se assegurar de que o paciente realmente entendeu o que está sendo averiguado. A avaliação poderia ser otimizada se o número de itens fosse diminuído e se os conceitos dentro de cada item fossem simplificados (ROSALES, 2015). A redução do número de critérios só poderá ser feita após mais estudos como o em questão terem sido realizados.

Em segundo lugar, todos os 18 itens têm a mesma importância para o diagnóstico, não havendo uma hierarquia entre itens ou a obrigatoriedade de um item em especial (ROSALES, 2015). Por exemplo, para haver diagnóstico de episódio depressivo maior, humor depressivo ou anedonia devem estar obrigatoriamente presentes, o que não ocorre no TDAH.

Em terceiro lugar, o novo DSM falhou em refinar os critérios diagnósticos para adultos, o que poderia ser feito através da reavaliação de quais itens já existentes realmente são preditores de diagnóstico e gravidade e da adição de novos. Alguns estudos já mostraram que sintomas relacionados às funções executivas são bons preditores de diagnóstico de TDAH em adultos, no entanto, estes não foram incluídos no novo DSM (KESSLER, 2010). Deve-se ressaltar, no entanto, que no DSM-5 foram incluídos, ao longo dos itens, exemplos de comportamentos que

ilustram as manifestações dos sintomas, e alguns itens contêm até ressalvas especiais para essas manifestações em adolescentes e adultos (PROSSER *ET* REID, 2013).

Em quarto lugar, a mudança do número de itens necessários para diagnóstico em indivíduos a partir de 17 anos (de 6 para 5) poderá aumentar o número de falso positivos (WAKEFIELD, 2015). Em estudo publicado em 2015, observou-se que o número de adultos diagnosticados com TDAH subiu de 68 para 80, quando o DSM-5 foi usado ao invés do DSM IV-TR. Os 12 casos diagnosticados somente pelo DSM-5 apresentaram menores escores em gravidade e incapacidade. (MATTE, 2015).

Por último, preocupações relacionadas ao possível aumento de falso positivos com a diminuição da idade do critério de aparecimento dos sintomas de 12 para 7 anos também surgiram. Estudo realizado em hospital universitário de Taiwan mostrou que adultos com TDAH apresentam menor qualidade de vida, independentemente da idade de início de sintomas. o que pode indicar que a alteração do critério pelo DSM-5 não aumenta a chance de incluir indivíduos sem prejuízo (LIN, 2015).

Os prejuízos causados pelos sintomas foram mais relatados por mulheres do que homens (96% *versus* 82,9%), o que corrobora o trabalho publicado por O'Callagan *et* Sharma (20105), no qual estudantes de medicina do sexo feminino com TDAH relataram maior prejuízo funcional do que os do sexo masculino, apesar de não relatarem maior gravidade de sintomas. Provavelmente, isso decorre da maior pressão social que é imposta à mulher e, por isso, a maior percepção pessoal de prejuízo (O'CALLAGAN *ET* SHARMA, 2015).

A maioria dos adultos com TDAH apresentou alguma comorbidade psiquiátrica, sendo TAG, TD maior, TOC e agorafobia as mais encontradas. Esse achado reflete parcialmente o estudo de Fayyad *et al.* (2007) que mostrou associação do TDAH com transtornos do humor, transtornos de ansiedade e abuso de substâncias. No presente estudo, nenhum dos voluntários apresentou dependência de substâncias químicas ou de álcool (FAYYAD, 2007). Outros estudos mostraram maiores taxas de transtorno de personalidade antissocial em adultos com TDAH (Downey *et al.* 1997 e Heiligenstein *et al.* 1999), porém nenhum voluntário apresentou esse transtorno (FARAONE, 2000).

Nenhum dos voluntários do sexo masculino apresenta dependência química ou transtorno de personalidade antissocial. Esse dado contrasta com um estudo prospectivo que acompanhou 85 crianças do sexo masculino até o início da vida adulta e encontrou taxas estatisticamente significantes para associação de TDAH com transtorno de personalidade antissocial e abuso de substâncias não-alcoólicas (MANNUZZA, 1998).

As taxas de comorbidades foram mais altas em mulheres do que em homens em todos os casos, exceto no transtorno de somatização. Esse achado contrasta com os estudos de Biederman *et al.* (2004 e 1994) que não mostraram diferenças nas taxas de transtornos de humor e de ansiedade entre os sexos (BIEDERMAN, 2004; BIEDERMAN, 1994).

A média de pontuação no MEEM foi de 28,8, desempenho que é semelhante ao de controles adultos nesse teste de rastreio. Estudo publicado em 2013 mostrou resultados bastante similares, sendo a média encontrada de 29,4. Para indivíduos com TDAH, então seria mais adequado a utilização de instrumentos que avaliem mais especificamente as funções executivas e a atenção (TORRALVA, 2013).

O trabalho em questão apresentou algumas limitações que possivelmente contribuíram para os resultados observados. O desenho do estudo foi feito para um ensaio clínico randomizado, cujo objetivo primário era avaliar resposta dos voluntários à estimulação transcraniana por corrente contínua, por isso a amostra se constitui apenas de 60 indivíduos. Apesar do uso de amplas estratégias de recrutamento (jornal e redes sociais), a baixa representatividade em relação à população geral não permite extrapolações.

## VIII. CONCLUSÕES

1. O sintoma de desatenção mais relatado foi “muitas vezes distrai-se facilmente com estímulos externos” (95%), enquanto o menos foi “muitas vezes parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra” (63,3%).
2. O sintoma de hiperatividade/impulsividade mais frequente foi “muitas vezes fala excessivamente” (86,7%) enquanto o mais foi “tem dificuldade em envolver-se silenciosamente em atividades de lazer” (61,7%).
3. A diferença de 31,7% entre as frequências dos itens de desatenção mais e menos relatados; bem como, a de 25% entre a s de hiperatividade/impulsividade apontam para a necessidade de reavaliação dos critérios diagnósticos para a população adulta. Os itens devem ser elaborados especialmente para esse faixa etária.
4. As frequências dos sintomas de desatenção relatados foram maiores do que as de hiperatividade/impulsividade, o que pode indicar que os sintomas de desatenção são mais associados ao diagnóstico de TDAH em adultos.
5. A maioria dos adultos com TDAH apresentou alguma comorbidade psiquiátrica, sendo TAG, TD maior, TOC e agorafobia as mais encontradas e as mulheres globalmente mais afetadas.



## IX. SUMMARY

### **Frequency of hyperactivity/impulsivity symptoms and inattention symptoms in an adult sample of attention-deficit/hyperactivity disorder in Salvador-Bahia (Brazil).**

**Background:** Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is characterized by a pattern of inattention and or hyperactivity that begins in childhood and can persist throughout adulthood. The estimated prevalence in the adult population is 4%, although studies in this age group are scarce. Therefore, extrapolation of data from studies conducted in children and adolescents are used for diagnosis and treatment. In this context, conducting descriptive studies about ADHD in adults is important to understand better the behavior of the disease at this age group and get more appropriate diagnostic criteria and treatment of cases. **Objectives:** To describe the frequency of symptoms of hyperactivity/impulsivity and inattention in a clinical sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. **Methods:** Cross-sectional study with data obtained from the sample of the randomized clinical trial NCT01968512. Sixty individuals between 18 and 60 years old diagnosed with ADHD were included. **Results:** Fifty one volunteers had ADHD combined subtype, 7 had predominantly inattentive subtype and 2 had predominantly hyperactive subtype. The most reported inattention symptom was "often easily-distracted by external stimuli" (95%) and the most reported hyperactivity/impulsivity symptom was "often talks excessively" (86.7%). There was a higher frequency of ADHD association with current generalized anxiety disorder (78.3%), followed by current social phobia (38.3%), past major depressive episode (36.7%) and lifetime agoraphobia (26.7%). **Discussion:** ADHD's frequency was equal between men and women, which is supported by the literature, as well as the distribution of individuals for the subtypes. The frequencies of inattention symptoms reported were higher than those of hyperactivity/impulsivity, as expected. Similar results to other studies were observed regarding the association of ADHD and mood and anxiety disorders. **Conclusions:** The difference of 31.7% between the most and least reported inattention symptoms and 25% between the most and least reported hyperactivity symptoms point to the need for re-evaluating the diagnostic criteria for the adult population.

Key-words: 1. Attention deficit hyperactivity disorder; 2. Adult; 3. Comorbidity.

## X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> ed. text revision: DSM-IV-TR, Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2000.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> ed. rev.: DSM-5, Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013.
3. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000; 22: 106-115.
4. Asherson P, Manor I, Huss M. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: update on clinical presentation and care. *Neuropsychiatry.* 2014; 4 (1): 109–128.
5. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC, Bober M, Cadogen E. Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biol Psychiatry.* 2004; 55: 692–700.
6. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Mick E, Lapey KA. Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Res.* 1994; 53: 13-29.
7. Biederman J, Fried R, Petty CR. Cognitive development in adults with ADHD: a controlled study in medication naive adults across the adult life cycle. *J Clin Psychiatry.* 2011; 72(1): 11-16.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 10 de outubro de 1996.
9. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1996; 35: 978-987.
10. Cosmo C, Baptista AF, de Araújo AN, do Rosário RS, Miranda JGV, Montoya P et al. A randomized, double-blind, sham-controlled trial of transcranial direct current stimulation in attention-deficit/hyperactivity disorder. *PloS ONE.* 2015; 10(8): e0135371.
11. Craig, WS. Adult attention deficit hyperactivity disorder. *J Mens Health.* 2011; 8: 299-305.
12. Dermitas-Tatlidede A, Vahabzadeh-Hag A, Pascual-Leone A. Can noninvasive brain stimulation enhance cognition in neuropsychiatric disorders? *Neuropharmacology.* 2013; 64: 566-578.

13. Dias G, Segenreich D, Nazar B, Coutinho G. Diagnosticando o TDAH em adultos na prática clínica J. Bras. Psiquiatr. 2007; 56: 9-13.
14. Faraone SV, Biederman J, Monuteaux MC. Attention-deficit disorder and conduct disorder in girls: evidence for a familial subtype. Biol Psychiatry. 2000; 48: 21-29.
15. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Wilens T, Seidman LJ, Mick E *et al.* Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. Biol Psychiatry. 2000; 48: 9–20.
16. Fayyad J, De Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K *et al.* Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. Brit J Psychiat. 2007; 190: 402-409.
17. Folstein MS, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, 1975. 12(3): 189-198.
18. Froehlich TE, Lanphear BP, Auinger P, Hornung R, Epstein JN, Braun J *et al.* Association of tobacco and lead exposures with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics. 2009; 124: 1054–1063.
19. Gomes M, Palmmini A, Barbirato F, Rohde LA, Mattos P. Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção hiperatividade no Brasil. J. Bras. Psiquiatr. 2007; 56: 94-101.
20. Hinshaw SP, Owens EB, Zalecki C, Huggins SP, Montenegro-Nevado AJ, Schrodek E *et al.* Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. Consult Clin Psychol. 2012; 80: 1041–1051.
21. Kessler RC, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, Howes MJ, Jin R, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. Psychol Med, 2005. 35(2): 245-256.
22. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Cooners K, Demler O *et al.* The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry. 2006; 163: 716-723.
23. Kessler RC, Green JG, Adler LA, Barkley RA, Chatterji S, Faraone SV *et al.* Structure and diagnosis of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: analysis of expanded symptom criteria from the Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale. Arch Gen Psychiatry. 2010; 67 (11): 1168-1178.
24. Lin YJ, Lo KW, Yang LK, Gau SS. Validation of DSM-5 age-of-onset criterion on attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults: Comparison of life quality, functional impairment, and family function. Res Dev Disabl. 2015; 47: 48-60.

25. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M. adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *Am J Psychiatry*. 1998; 155: 493–498.
26. Matas M. Approach to attention deficit disorder in adults. *Can Fam Physician*. 2006; 52: 961-964.
27. Matte B, Rohde LA, Turner JB, Fisher PW, Shen S, Bau CHD *et al*. Reliability and validity of proposed DSM-5 ADHD symptoms in a clinical sample of adults. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2015; 27: 228-236.
28. Mattos P, Coutinho G. Quality of life and ADHD. *J. Bras. Psiquiatr*. 2007; 56: 50-52.
29. Mattos P, Rohde LA, Polanczyk GV. O TDAH é subtratado no Brasil. *Rev. Bras. Psíqu*. 2012; 34: 513-516.
30. Mattos P, Segenreich D, Saboya E, Louzã M, Dias G, Romano M. Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-Report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. *Rev Psiqu Clín*. 2006; 33: 188-94.
31. McGough JJ, Smalley SL, McCracken JT, Yang M, Del’Homme M, Lynn DE *et al*. Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *Am J Psychiatry*. 2005; 162: 1621–1627.
32. Mesquita C, Coutinho G, Mattos, P. Perfil neuropsicológico de adultos com queixas de desatenção: diferenças entre portadores de TDAH e controles clínicos. *Rev. Psiqu. Clín*. 2010; 37: 212-215.
33. O’Callaghan P, Sharma D. Severity of symptoms and quality of life in medical students with ADHD. *J Atten Disord*. 2014; 18(8): 654 –658.
34. Piñeiro-Dieguez B, Balanzá-Martínez V, García-García P, Soler-López B, CAT Study Group. Psychiatric comorbidity at the time of diagnosis in adults with ADHD: the CAT study. *J Atten Disord*. 2014 [Epub ahead of print].
35. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164: 942-948.
36. Prosser B, Reid R. The DSM-5 changes and ADHD: more than a tweak of terms. *Aust N Z J Psychiatry*. 2013; 47 (12): 1196-1197.
37. Rappley MD. Attention deficit–hyperactivity disorder. *New England Journal of Medicine*. 2005; 352: 165-73.
38. Reinhardt MC, Reinhardt CA. Attention deficit-hyperactivity disorder, comorbidities, and risk situations. *J Pediatr (Rio J)*. 2013; 89: 124–130.
39. Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S *et al*. ADHD in a school sample of Brazilian adolescents: a study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999; 38: 716-22.

40. Rosales AG, Vitoratou S, Banaschewski T, Asherson P, Buitelaar J, Oades R *et al.* Are all the 18 DSM-IV and DSM-5 criteria equally useful for diagnosing ADHD and predicting comorbid conduct problems? *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015 [Epub ahead of print].
41. Shaw M, Hodgkins P, Caci H, Young S, Kahle J, Woods AJ *et al.* A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC Medicine*. 2012; 10: 99.
42. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E *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. *J Clin Psychiatry*, 1998. 59 (20): 22-33.
43. Torralva T, Gleichgerrcht E, Lischinsky A, Roca M, Manes F. Ecological and highly demanding executive tasks detect real-life deficits in high-functioning adult ADHD patients. *J Atten Disord*. 2013; 17 (1): 11-19.
44. Volkow ND, Swason JM. Adult attention deficit–hyperactivity disorder. *N Engl J Med*. 2013; 369: 1935-1944.
45. Wakefield, JC. DSM-5, psychiatric epidemiology and the false positives problem. *Epidemiol Psychiatri Sci*. 2015; 24; 188-196.
46. Weisler RH, Adler LA, Kollins SH, Goodman DW, Hamdani M, Dirks B *et al.* Analysis of individual items on the attention deficit/hyperactivity disorder symptom rating scale in children and adults: the effects of age and sex in pivotal trials of lisdexamfetamine dimesylate. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014; 10: 1–12.
47. Wilens TE, Faraone SV, Biederman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *JAMA*. 2004; 292: 619-623.

## **XI. ANEXOS**

## ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da pesquisa: “Aspectos neurobiológicos do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade: contribuição da estimulação transcraniana por corrente contínua no controle inibitório”**

Durante a leitura do documento abaixo fui informado (a) que posso interromper para fazer qualquer pergunta, com objetivo de tirar dúvidas, para o meu melhor esclarecimento.

Você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente de um estudo que tem como objetivo avaliar os aspectos neurobiológicos associados ao Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a contribuição da Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua (ETCC) na adequação do controle inibitório.

Eu, \_\_\_\_\_, fui procurado(a) pela médica Camila Souza Alves Cosmo, CRM: 18662, por ter sido selecionado(a) para participar do projeto de pesquisa com o título acima citado, coordenado pelo prof. Dr. Eduardo Pondé de Sera.

Fui informado (a) que:

- Estarei ajudando no estudo do controle inibitório (capacidade de evitar um comportamento inconveniente ou inadequado, além de inibir resposta a estímulos distratores) em pacientes com TDAH, colaborando para o desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas (de tratamento) que poderão beneficiar a mim e a outros indivíduos;
- Poderei sair desse estudo a qualquer momento, caso decida, tendo sido esclarecido (a) de que minha recusa em participar ou a minha desistência no curso do mesmo não afetará a qualidade e a disponibilidade da assistência que me será prestada;
- Os investigadores não serão remunerados para a realização deste estudo, assim como os pacientes voluntários não receberão benefícios financeiros para sua participação no mesmo;
- Será aplicado um roteiro de entrevista de TDAH, durante a avaliação clínica, com duração de duas horas. Este consta de variáveis epidemiológicas e clínicas, além de avaliação da memória através do mini-exame do estado mental, e do controle inibitório por testes específicos, avaliação psiquiátrica breve, questionário de qualidade de vida em TDAH. Todos os instrumentos serão aplicados, individualmente, no ambulatório de Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade do Centro de Pesquisas Clínicas do Sanatório São Paulo, e no Laboratório de Eletroestimulação Funcional no Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da

  
 Cláudia Albuquerque Dias  
 Secretária Administrativa  
 Comitê de Ética em Pesquisa  
 CEP/INAC/UFPA

Universidade Federal da Bahia, em horário previamente agendado, sem qualquer ônus extra para os participantes;

- A aplicação do protocolo demanda tempo e posso sentir certa fadiga;
- O procedimento de intervenção com estimulação transcraniana por corrente contínua pode ocasionar leve desconforto local (dor leve no local), prurido local (coceira no local), parestesia (formigamento no local da aplicação) e cefaleia leve (dor de cabeça leve);
- A estimulação transcraniana por corrente contínua é um procedimento não-invasivo, neste estudo com duração de 20 minutos, em sessão única, e durante esta serão colocados eletrodos na minha cabeça, sendo administrada uma carga elétrica muito baixa, 1mA de voltagem. Fui informado que esta intervenção pode trazer benefícios na adequação do controle inibitório, como maior controle de impulsos e ações, de indivíduos com TDAH. Estou ciente de que não há garantia destes benefícios, e que estes são apenas uma possibilidade;
- Eu entendo que posso não obter vantagem direta com a minha participação nesse estudo e que meu diagnóstico e o meu tratamento não serão modificados por consequência dele. Contudo, os resultados do estudo podem, a médio e longo prazo, oferecer vantagens para a melhoria de aspectos do controle inibitório em pessoas com TDAH, possibilitando uma melhor qualidade de vida;
- A estimulação por corrente contínua ocorrerá em uma única sessão de 20 minutos desta ou de procedimento placebo (sem efeito). Fui informado que posso ser alocado ou no grupo da intervenção ou no grupo placebo, que neste estudo será um procedimento similar (parecido) à estimulação, porém sem efeito elétrico;
- Antes e ao final da etapa de intervenção, serei avaliado(a) através de Eletroencefalograma (EEG) que avalia a atividade elétrica do cérebro;
- Estou ciente de que esta técnica de eletroencefalograma é não-invasiva e capaz de produzir informações sobre a atividade elétrica cerebral. O único desconforto relacionado a este exame é a fadiga devido ao tempo de registro do exame (10 minutos). Não existem efeitos nocivos (prejudiciais) associados com o eletroencefalograma;
- Fui informado (a) também que as informações geradas pelo exame de eletroencefalograma serão utilizadas para o mapeamento (localização e descrição) da rede cerebral, através de um modelo matemático, cujos dados serão de uso única e exclusivamente científicos;
- Disponho-me a comparecer às consultas, avaliações marcadas, e a responder fidedignamente os questionários e avaliações aplicados pelos pesquisadores, uma vez que eu aceite participar da referida pesquisa. Porém estou ciente de que, caso em algum momento eu deseje sair deste estudo, tenho liberdade para interromper minha participação e o farei sem qualquer prejuízo na continuidade do meu tratamento;

  
Claudir Albuquerque Dias  
Secretaria Administrativa  
Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP/MSD/UFBA



- Os objetivos e procedimentos que serão seguidos na pesquisa foram explicados de forma detalhada e clara;
- Os resultados da pesquisa serão publicados em revista médica e utilizados somente para fins científicos, em meio adequado. Não serei identificado como participante deste estudo, estando meus dados mantidos em sigilo;

**Declaro que minha participação no estudo é voluntária e que não restringirei de forma alguma o uso de resultados obtidos por este estudo.**

**A minha assinatura garante que recebi uma cópia deste termo.**

Qualquer dúvida ou complicação que me ocorra no decorrer deste estudo, poderei contatar o Prof. Dr. Eduardo Pondé de Sena, sempre que julgar necessário pelo telefone (71) 3241-7154 ou (71) 3754-1621 e a médica Camila Cosmo pelo telefone (71) 9961-9110 ou no Centro de Pesquisas Clínicas do Sanatório São Paulo, e o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira- Universidade Federal da Bahia, no endereço Rua do Limocíro, 137, Nazaré, Salvador-BA, e-mail [cepmco@ufba.br](mailto:cepmco@ufba.br) e/ou pelo telefone (71) 3283-9275.

Assim, eu abaixo assinado \_\_\_\_\_, com \_\_\_\_\_ anos de idade, portador de RG: \_\_\_\_\_ e CPF: \_\_\_\_\_, residente domiciliado no endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado "Aspectos neurobiológicos do Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: contribuição da estimulação transcraniana por corrente contínua no controle inibitório", sob a responsabilidade do pesquisador/orientador Prof. Dr. Eduardo Pondé de Sena, professor do Programa de Pós-Graduação de Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas e da pesquisadora/orientanda Camila Souza Alves Cosmo, doutoranda do Programa de Pós-Graduação de Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do responsável legal do participante (quando necessário): \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

  
 Claudia Albuquerque Dias  
 Secretária Administrativa  
 Comitê de Ética em Pesquisa  
 CEPIMCO/UFBA

## ANEXO II

### Adult Self-Report Scale (ASRS)

(Kessler e col, 2005; Adaptada para o português por Mattos e col, 2006)

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Investigador:** \_\_\_\_\_

Por favor, responda as perguntas abaixo se avaliando de acordo com os critérios do lado direito da página. Após responder cada uma das perguntas, circule o número que corresponde a como você se sentiu e se comportou nos últimos seis meses. Por favor, dê este questionário completo ao profissional de saúde para que vocês possam discutir na consulta de hoje.	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
1. Com que frequência você comete erros por falta de atenção quando tem de trabalhar num projeto chato ou difícil?	0	1	2	3	4
2. Com que frequência você tem dificuldade para manter a atenção quando está fazendo um trabalho chato ou repetitivo?	0	1	2	3	4
3. Com que frequência você tem dificuldade para se concentrar no que as pessoas dizem, mesmo quando elas estão falando diretamente com você?	0	1	2	3	4
4. Com que frequência você deixa um projeto pela metade depois de já ter feito as partes mais difíceis?	0	1	2	3	4
5. Com que frequência você tem dificuldade para fazer um trabalho que exige organização?	0	1	2	3	4
6. Quando você precisa fazer algo que exige muita concentração, com que frequência você evita ou adia o início?	0	1	2	3	4
7. Com que frequência você coloca as coisas fora do lugar ou tem de dificuldade de encontrar as coisas em casa ou no trabalho?	0	1	2	3	4
8. Com que frequência você se distrai com atividades ou barulho a sua volta?	0	1	2	3	4
9. Com que frequência você tem dificuldade para lembrar de compromissos ou obrigações?	0	1	2	3	4

**PARTE A – TOTAL**

1. Com que frequência você fica se mexendo na cadeira ou balançando as mãos ou os pés quando precisa ficar sentado (a) por muito tempo?	0	1	2	3	4
2. Com que frequência você se levanta da cadeira em reuniões ou em outras situações onde deveria ficar sentado (a)?	0	1	2	3	4
3. Com que frequência você se sente inquieto (a) ou agitado (a)?	0	1	2	3	4
4. Com que frequência você tem dificuldade para sossegar e relaxar quando tem tempo livre para você?	0	1	2	3	4
5. Com que frequência você se sente ativo (a) demais e necessitando fazer coisas, como se estivesse "com um motor ligado"?	0	1	2	3	4
6. Com que frequência você se pega falando demais em situações sociais?	0	1	2	3	4
7. Quando você está conversando, com que frequência você se pega terminando as frases das pessoas antes delas?	0	1	2	3	4
8. Com que frequência você tem dificuldade para esperar nas situações onde cada um tem a sua vez?	0	1	2	3	4
9. Com que frequência você interrompe os outros quando eles estão ocupados?	0	1	2	3	4

**PARTE B – TOTAL**

**ANEXO III**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

## ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA AVALIAÇÃO DE TDAH

1. Nome: \_\_\_\_\_

2. Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3. Número: \_\_\_\_\_

4. Prontuário: \_\_\_\_\_

5. Idade: \_\_\_\_\_ 6. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

7. Raça: (1) Branca (2) Negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena

8. Estado Civil: (1) Casado (2) Divorciado (3) Viúvo (4) Solteiro (5) NI

9. Profissão: \_\_\_\_\_

10. Naturalidade: \_\_\_\_\_

11. Procedência: \_\_\_\_\_

12. Endereço: \_\_\_\_\_

13. E-mail: \_\_\_\_\_

14. Telefones: \_\_\_\_\_

15. Escolaridade:

(1) Analfabeto (2) Ensino Fundamental Incompleto

(3) Ensino Fundamental Completo (4) Ensino Médio Incompleto

(5) Ensino Médio Completo (6) Ensino Superior Incompleto

(7) Ensino Superior Completo (8) NI

16. Tipo de Renda:

(1) Salário (2) Pensão (3) Previdência Social (4) Dependente (5) NI

#### ANAMNESE

17. Idade de início dos sintomas: \_\_\_\_\_

18. Quais dos seguintes sintomas de falta de atenção persistiram durante pelo menos 6 meses?

(1) Muitas vezes não dá atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades acadêmicas, de trabalho, ou outras atividades;

(2) Muitas vezes tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;

(3) Muitas vezes parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra;

(4) Muitas vezes não segue instruções e falha em terminar tarefas acadêmicas, ou deveres no trabalho (não por comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);

(5) Muitas vezes tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;

(6) Frequentemente evita, não gosta ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas e trabalhos);

(7) Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, canetas, livros, equipamentos ou ferramentas);

(8) Muitas vezes distrai-se facilmente com estímulos externos;

(9) É muitas vezes esquecido em atividades diárias.

19. Quais dos seguintes sintomas de hiperatividade/impulsividade persistiram durante pelo menos 6 meses?

(1) Frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;

(2) Frequentemente abandona sua cadeira na faculdade ou em outras situações em que deveria permanecer sentado;

(3) Muitas vezes tem sensações de inquietação em demasia, em situações em que é inapropriado;

(4) Tem dificuldade em envolver-se silenciosamente em atividades de lazer;

(5) Está muitas vezes 'em movimento';

(6) Muitas vezes fala excessivamente;

(7) Muitas vezes dá respostas precipitadas antes de as perguntas serem concluídas;

(8) Muitas vezes tem dificuldade para aguardar sua vez;

(9) Muitas vezes interrompe ou intromete-se (por exemplo, em conversação ou jogos).

20. Alguns destes sintomas de desatenção ou hiperatividade/impulsividade, que causam prejuízo, estavam presentes antes dos 7 anos de idade? (1) Sim (2) Não (3) NI

21. Algum prejuízo causado por tais sintomas está presente em dois ou mais contextos (por exemplo, na faculdade, trabalho ou/e casa)? (1) Sim (2) Não (3) NI

22. Idade de início do tratamento específico: \_\_\_\_\_

23. Com qual medicação iniciou o tratamento e qual a dose? \_\_\_\_\_

24. Houve melhora/controlado dos sintomas? (1) Sim (2) Não (3) NI

Se resposta 2 ou 3, passe para a questão 25.

25. Como você classificaria esta melhora?

(1) Muito significativa (3) Regular

(2) Significativa (4) Pouco significativa

26. Quais medicações já fez uso? \_\_\_\_\_

27. Está em uso de medicação(ões) atualmente? (1) Sim (2) Não (3) NI

Se resposta 2 ou 3, passe para a questão 29.

28. Medicações em uso :

MEDICAÇÕES	DOSE DIÁRIA
D1: _____( )	_____mg/d
D2: _____( )	_____mg/d
D3: _____( )	_____mg/d
D4: _____( )	_____mg/d
D5: _____( )	_____mg/d

29. Apresenta melhora/controle dos sintomas? (1) Sim (2) Não (3) NI

Se resposta 2 ou 3, passe para a questão 30.

30. Como você classificaria esta melhora?

(1) Muito significativa (3) Regular

(2) Significativa (4) Pouco significativa

31. Reação adversa a fármaco(s): (1) Sim (2) Não (3) NI

Qual(is): \_\_\_\_\_

32. Psicoterapia: (1) Sim. Início: \_\_\_\_\_Frequência: \_\_\_\_\_/semana

(2) Não            (3) NI

#### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

33. Comorbidades: (1) Sim (2) Não (3) NI

Qual(is): \_\_\_\_\_

34. Acidente(s): (1) Sim (2) Não (3) NI.

Qual? \_\_\_\_\_

35. Alergia medicamentosa ou alimentar: (1) Sim (2) Não.

Qual(is)? \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES FAMILIARES

36. Familiar com TDAH? (1) Sim (2) Não (3) NI.

Quem? \_\_\_\_\_

37. Antecedentes familiares patológicos: (1) Sim (2) Não (3) NI.

Qual(is)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### HÁBITOS DE VIDA

38. Realiza atividade física: (1) Sim (2) Não (3) NI.

Qual? \_\_\_\_\_

39. Etilismo: (1) Sim (2) Não (3) NI.



Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Tipo de bebida e consumo diário: \_\_\_\_\_

40. Tabagismo: (1) Sim (2) Não (3) NI. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Consumo diário: \_\_\_\_\_

41. Abuso de substâncias psicoestimulantes no passado: (1) Sim (2) Não (3) NI.

Qual(is)? \_\_\_\_\_

#### EXAMES COMPLEMENTARES

42. EEG: (1) normal (2) não realizou (3) NI

(4) anormal: \_\_\_\_\_

43. RM de crânio: (1) normal (2) não realizou (3) NI

(4) anormal: \_\_\_\_\_

44. Outros exames realizados: \_\_\_\_\_

#### CLASSIFICAÇÃO DO TDAH (Baseado no DSM-IV-TR)

45. Subtipo de TDAH

(1) TDAH, Tipo Combinado

(2) TDAH, Tipo predominantemente desatento

(3) TDAH, Tipo predominantemente hiperativo/impulsivo

46. Outras suspeitas diagnósticas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

47. Observações: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Investigador: \_\_\_\_\_

<b>ANEXO IV</b>
-----------------

**MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL**

(Folstein, Folstein & McHugh, 1975)

**Paciente:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Investigador:** \_\_\_\_\_

**Orientação** (Cada item: 1 ponto)

- |  |     |
|--|-----|
| 1) Dia da Semana                               | ( ) |
| 2) Dia do Mês                                  | ( ) |
| 3) Mês   | ( ) |
| 4) Ano   | ( ) |
| 5) Hora aproximada                             | ( ) |
| 6) Local específico (andar ou setor)           | ( ) |
| 7) Instituição (residência, hospital, clínica) | ( ) |
| 8) Bairro ou rua próxima                       | ( ) |
| 9) Cidade                                      | ( ) |
| 10) Estado                                     | ( ) |

**Memória Imediata** (1 ponto para cada resposta correta)

Fale três palavras não relacionadas (vaso, carro, tijolo).

Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. ( )

**Atenção e Cálculo** (1 ponto para cada cálculo correto)

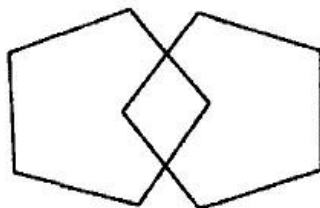
(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (93,86,79,72,65) ( )

**Evocação** (1 ponto por palavra)

Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente ( )

**Linguagem**

- |  |     |
|--|-----|
| 1) Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)   | ( ) |
| 2) Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)   | ( ) |
| 3) Comando:”pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos) | ( ) |
| 4) Ler e obedecer:”feche os olhos” (1 ponto)   | ( ) |
| 5) Escrever uma frase (1 ponto)  | ( ) |
| 6) Copiar um desenho (1 ponto)   | ( ) |




---

**Escore:** (\_\_\_/ 30)

**Interpretação:**

Alfabetizado: Alterado se < 24 pontos

Analfabeto: Alterado se < 14 pontos

# FECHE OS OLHOS

## ANEXO V

**M.I.N.I. PLUS****MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC  
INTERVIEW****Brazilian Version 5.0.0**

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

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



*Tradução para o português (Brasil) : Patrícia Amorim*

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

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

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

\* *versões brasileiras do M.I.N.I. - cadastro, cópias e treinamentos* : [pat.amorinha@gmail.com.br](mailto:pat.amorinha@gmail.com.br)

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

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

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
		Passado <input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
	TRANSTORNO DO HUMOR DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual <input type="checkbox"/>	293.83	F06.xx
		Passado <input type="checkbox"/>	293.83	F06.xx
	TRANSTORNO DO HUMOR INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual <input type="checkbox"/>	29x.xx	nenhum
		Passado <input type="checkbox"/>	29x.xx	nenhum
	EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS	Atual (2 semanas) <input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Single	F32.x
			296.30-296.36 Recurrent	F33.x
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"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual <input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
		Passado <input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	EPISÓDIO MANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual <input type="checkbox"/>	293.83	F06.30
		Passado <input type="checkbox"/>	293.83	F06.30
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual <input type="checkbox"/>	293.83	nenhum
		Passado <input type="checkbox"/>	293.83	nenhum
	EPISÓDIO MANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual <input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
		Passado <input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual <input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
		Passado <input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
E	TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês) <input type="checkbox"/>	300.01/300.21 F40.01-F41.0	
		Vida inteira <input type="checkbox"/>	300.01/300.21 F40.01-F41.0	
	TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual <input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
	TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual <input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
F	AGORAFOBIA	Atual <input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G	FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês) <input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H	FOBIA ESPECÍFICA	Atual <input type="checkbox"/>	300.29	F40.2
I	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês) <input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
	TOC DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual <input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
	TOC INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual <input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
J	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês) <input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
K	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses) <input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	Vida inteira <input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses) <input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
	ABUSO DE ÁLCOOL	Vida inteira <input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
L	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses) <input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	Vida inteira <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
	ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	Vida inteira <input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/	F20.xx-F29
M	TRANSTORNOS PSICÓTICOS	Atual <input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	
	TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira <input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
	ESQUIZOFRENIA	Atual <input type="checkbox"/>	295.10-295.60	F20.xx
		Vida inteira <input type="checkbox"/>	295.10-295.60	F20.xx
	TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	Atual <input type="checkbox"/>	295.70	F25.x
		Vida inteira <input type="checkbox"/>	295.70	F25.x
	TRANSTORNO ESQUIZOFRENIFORME	Atual <input type="checkbox"/>	295.40	F20.8
		Vida inteira <input type="checkbox"/>	295.40	F20.8
	TRANSTORNO PSICÓTICO BREVE	Atual <input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81
		Vida inteira <input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81

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

### ALERTA

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

## INSTRUÇÕES GERAIS

O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve que explora os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (Associação Psiquiátrica Americana, 1994) e da CID-10 (Organização Mundial da Saúde - OMS, 1992). Estudos de confiabilidade e validade foram desenvolvidos, comparando o M.I.N.I. ao SCID-P e ao CIDI (uma entrevista padronizada desenvolvida pela OMS para entrevistadores leigos). Os resultados desses estudos mostraram que o M.I.N.I. apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos, mas que pode ser administrado em um tempo muito mais curto (média= 18,7 ± 11,6 minutos; mediana = 15 minutos). O M.I.N.I. pode ser utilizado por entrevistadores clínicos, após uma formação breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais intensiva. O M.I.N.I. Plus é uma versão mais detalhada do M.I.N.I. Sintomas imputáveis a uma causa orgânica ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool não devem ser cotados positivamente no M.I.N.I. O M.I.N.I. Plus tem perguntas que investigam essas questões.

### • Entrevista:

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

### • Apresentação:

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

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

### • Convenções:

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

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

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

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

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

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

### • Instruções de cotação :

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

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

**Se tem questões ou sugestões, SE DESEJA SER TREINADO(A) NA UTILIZAÇÃO DO M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:**

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

Yves LECRUBIER, M.D. / Thierry HERGUETA, M.S.  
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@exl.jussieu.fr](mailto:hergueta@exl.jussieu.fr)

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



## A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

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

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

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

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

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

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

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

SE A3e = SIM: PEDIR UM EXEMPLO.

O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ?  NÃO  SIM



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

A8 COTAR **SIM** SE A7 (SUMÁRIO) = **SIM** OU **INCERTO**.  
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

	NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior</i>		
Atual		<input type="checkbox"/>
Passado		<input type="checkbox"/>

A9 COTAR **SIM** SE A7b = **SIM** E A7 (SUMÁRIO) = **NÃO**.  
ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

	NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral</i>		
Atual		<input type="checkbox"/>
Passado		<input type="checkbox"/>

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

NÃO	SIM
<i>Episódio Depressivo Maior induzido por substância</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGIA

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

### EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE)  
 SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL (A8 = **SIM, ATUAL**), EXPLORAR O SEGUINTE:

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

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A14 ?

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

**SUBTIPOS DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR**

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

**Assinale tudo que se aplica**

296.21/296.31  
 296.22/296.32  
 296.23  
 296.24  
 296.25  
 296.26

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

**B. TRANSTORNO DISTÍMICO**

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

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

**ESPECIFICAR O PERÍODO DE TEMPO EXPLORADO ABAIXO:**

Atual  
 Passado

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo ? [OU, SE ESTÁ EXPLORANDO TRANSTORNO DISTÍMICO PASSADO: "No passado, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo, por um período de 2 anos ou mais ?"]	➔ NÃO	SIM	22
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	➔ SIM	23

**B3 Desde que se sente [Durante esse período em que se sentia]deprimido(a) a maior parte do tempo:**

a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	24
b	Tem [teve] problemas de sono ou dorme [dormia] demais ?	NÃO	SIM	25
c	Sente-se [ sentia-se] cansado(a) ou sem energia ?	NÃO	SIM	26
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	27
e	Tem [tinha] dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	28
f	Sente-se [ sentia-se] sem esperança ?	NÃO	SIM	29

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?

➔  
NÃO SIM

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

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

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

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

UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM 31

B5 É COTADA SIM?

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b>TRANSTORNO DISTÍMICO</b>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGIA

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

### C. RISCO DE SUICÍDIO

**Durante o último mês:**

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

**Ao longo da sua vida:**

C6 Já fez alguma tentativa de suicídio ? NÃO SIM 4

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6 ?

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

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b>RISCO DE SUICÍDIO ATUAL</b>	
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)

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

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

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEGUINTE, SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS DESCRITOS NÃO SÃO MELHOR EXPLICADOS PELA PRESENÇA DE UM TRANSTORNO PSICÓTICO E COTAR EM FUNÇÃO.

D1	a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia ou cheio(a) de si que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCÓOL).	NÃO	SIM	1
SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO(A)" OU "CHEIO (A) DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou produtivo ou impulsivo(a).					
SE D1a = SIM:					
	b	Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?	NÃO	SIM	2
D2	a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família? Você ou outras pessoas achou/acharam que você estava mais irritável ou hiperreativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ALCÓOL).	NÃO	SIM	3
SE D2a = SIM:					
	b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?			➔	NÃO	SIM

- D3 SE D1b OU D2b = "SIM": EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL  
SE D1b E D2b = "NÃO" : EXPLORAR O EPISÓDIO MAIS GRAVE

Quando sentiu-se mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável :

	Episódio Atual		Episódio Passado			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante? SE SIM: PEDIR UM EXEMPLO. O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	NÃO	SIM	NÃO	SIM	5
b	Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	6
c	Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	7
d	Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	8
e	Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	9

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



D9 COTAR **SIM** SE:  
**D3** (SUMÁRIO) E **D4a** E **D5** = **SIM** E **D4** (SUMÁRIO) = **NÃO**

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

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

**NÃO** **SIM**

*Episódio (Hipo) Maníaco  
induzido por substância*

Atual   
Passado

#### SUBTIPOS

Ciclagem Rápida

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

**NÃO** **SIM**<sup>14</sup>

*Ciclagem Rápida*

Episódio Misto

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

**NÃO** **SIM**<sup>15</sup>

*Episódio Misto*

Padrão Sazonal

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

**NÃO** **SIM**<sup>16</sup>

*Padrão Sazonal*

Com remissão completa entre episódios

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

**NÃO** **SIM**<sup>17</sup>

*Com remissão completa  
entre episódios*

#### ASSINALAR A OPÇÃO QUE SE APLICA

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

#### GRAVIDADE

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

#### CRONOLOGIA

D10 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de euforia / irritabilidade excessiva de que falamos ?  idade 18

D11 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de euforia / irritabilidade excessiva já teve?  19

## E. TRANSTORNO DE PÂNICO

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

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

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

## F. AGORAFOBIA

F1	Alguma vez sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações em que poderia ter episódios súbitos de ansiedade dos quais acabamos de falar ? OU sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações dos quais é difícil escapar ou ter ajuda como: estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	22
SE F1 = NÃO, COTAR NÃO EM F2 E F3.				
F2	Sempre teve tanto medo dessas situações que na prática, as evitou, sentiu um intenso mal-estar quando as enfrentou ou procurou estar acompanhado(a) para enfrentá-las ?	NÃO SIM 23 <b>AGORAFOBIA VIDA INTEIRA</b>		
F3	Atualmente teme ou evita esses lugares ou situações ?	NÃO SIM 24 <b>AGORAFOBIA ATUAL</b>		
SE SIM, ASSINALAR SE:				
AGORAFOBIA (F2 / F3) É COTADA SIM?		F2 <input type="checkbox"/> vida inteira		F3 <input type="checkbox"/> atual
TRANSTORNO DE PÂNICO (E6/ E8) É COTADO SIM ?		E6 <input type="checkbox"/> vida inteira		E8 <input type="checkbox"/> atual
F4	a E8 (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA SIM E F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA NÃO ?	NÃO SIM <b>TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL</b> <i>sem Agorafobia</i>		
	b E8 (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA SIM E F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA SIM ?	NÃO SIM <b>TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL</b> <i>com Agorafobia</i>		
	c E6 (TRANSTORNO DE PÂNICO VIDA INTEIRA) É COTADA NÃO E F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA SIM ?	NÃO SIM <b>AGORAFOBIA ATUAL</b> <i>sem história de Transtorno de Pânico</i>		
	d F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA SIM  E E8 (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA NÃO  E E6 (TRANSTORNO DE PÂNICO VIDA INTEIRA) É COTADA SIM ?	NÃO SIM <b>AGORAFOBIA ATUAL</b> <i>sem Transtorno de Pânico Atual mas com história passada de Transtorno de Pânico</i>		
	e F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA SIM  E E7 (ATAQUES POCRES EM SINTOMAS) É COTADA NÃO?	NÃO SIM <b>AGORAFOBIA ATUAL</b> <i>sem história de ataques pobres em sintomas</i>		
CRONOLOGIA				
F5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer ou evitar os lugares / as situações de que falamos ?	<input style="width: 30px;" type="text"/>	idade	25
F6	No último ano, durante quantos meses teve medo ou evitou de forma importante os lugares / as situações de que falamos ?	<input style="width: 30px;" type="text"/>		26

### G. FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social)

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

**FOBIA SOCIAL**  
(Transtorno de Ansiedade Social)  
**ATUAL**

**SUBTIPOS**

Você teme ou evita mais de 4 situações sociais ? NÃO SIM

**SE SIM → Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) Generalizada(o)**  
**SE NÃO → Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) não generalizada(o)**

**CRONOLOGIA**

G5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações sociais de que falamos ?	<input type="text"/> idade	5
G6	No último ano, durante quantos meses teve medo importante das as situações sociais de que falamos ?	<input type="text"/>	6

### H. FOBIA ESPECÍFICA

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

H1	Durante o último mês, você teve um medo intenso e persistente de coisas ou situações como por exemplo : voar, dirigir, alturas, trovões, animais, insetos, ver sangue, tomar injeção ?	➔ NÃO SIM	1
H2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	➔ NÃO SIM	2
H3	Tem tanto medo dessas situações que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	➔ NÃO SIM	3
H4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO SIM	4

**FOBIA ESPECÍFICA**  
**ATUAL**

**CRONOLOGIA**

H5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações de que falamos ?	<input type="text"/> idade	5
H6	No último ano, durante quantos meses teve medo importante dessas situações ?	<input type="text"/>	6

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

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

11	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo ? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) <b>ou</b> que tinha micróbios <b>ou</b> medo de contaminar os outros <b>ou</b> de agredir alguém mesmo contra a sua vontade <b>ou</b> de agir impulsivamente <b>ou</b> medo/ superstição de ser responsável por coisas ruins <b>ou</b> ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis <b>ou</b> uma necessidade de colecionar <b>ou</b> ordenar as coisas.)	NÃO	SIM	1
		→ passar a 14		
(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 ALCOOL. PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQÜÊNCIAS NEGATIVAS).				
12	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2
		→ passar a 14		
13	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3
		obsessões		
14	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
		compulsões		
	<b>13 OU 14 SÃO COTADAS SIM?</b>	→		
		NÃO	SIM	
		→		
15	Reconhece que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	NÃO	SIM	5
16	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6
17 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
17 b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DAS OBSESSÕES/ COMPULSÕES ? ( FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).				
	<b>17 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?</b>	NÃO	SIM	7
	<b>16 E 17 (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?</b>	NÃO                      SIM <b>T.O.C. ATUAL</b>		
18	<b>16 E 17 b SÃO COTADAS SIM E 17 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?</b>	NÃO                      SIM <b>T.O.C. ATUAL</b> <i>devido a condição médica geral</i>		
19	<b>16 E 17 a SÃO COTADAS SIM E 17 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?</b>	NÃO                      SIM <b>T.O.C. ATUAL</b> <i>induzido por substância</i>		
CRONOLOGIA				
110	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas de que falamos ?	[ ]	idade	8
111	No último ano, durante quantos meses teve, de forma persistente, esses problemas de que falamos ?	[ ]		9

## J. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

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

J1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo(a) e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física?  EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO À MÃO ARMADA, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
J2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
J3	<b>Durante o último mês:</b>			
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
	<b>J3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM J3 ?</b>	→ NÃO	SIM	
J4	<b>Durante o último mês:</b>			
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	<b>J4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM J4 ?</b>	→ NÃO	SIM	
J5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14
	<b>J5 É COTADA SIM ?</b>			
	<b>CRONOLOGIA</b>			
J6	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas ?	<input type="text"/>	idade	15
J7	Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou a maior parte das dificuldades das quais falamos ?	<input type="text"/>		16
J8	No último ano, durante quantos meses apresentou esses problemas de forma persistente ?	<input type="text"/>		17

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL</b>	

## K. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

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

K1	Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO	SIM	1
----	--	----------	-----	---

### K2 Nos últimos 12 meses:

a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

NÃO	→ SIM
<b>DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL</b>	

### K3 Nos últimos 12 meses:

a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? (COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS)	NÃO	SIM	9
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K3 ?

NÃO	SIM
<b>ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL</b>	



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

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

K4	<b>Ao longo da sua vida</b> , em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO	SIM	13
----	--	----------	-----	----

### K5 **Ao longo da sua vida:**

a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	14
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM	15
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	16
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	17
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	18
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	19
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	20

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K5 ?

NÃO	→ SIM
<b>DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL VIDA INTEIRA</b>	

### K6 **Ao longo da sua vida:**

a	Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? (COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS)	NÃO	SIM	21
b	Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	22
c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	23
d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	24

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K6 ?

NÃO	SIM
<b>ABUSO DE ÁLCOOL VIDA INTEIRA</b>	

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

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

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

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

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA:

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

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

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

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

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

**CANABINÓIDES**: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, hashish, 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) **MAIS** CONSUMIDA (S): \_\_\_\_\_

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

	Assinalar
SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) QUE ESTÁ SENDO CONSUMIDA	<input type="checkbox"/>
SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA	<input type="checkbox"/>
CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) CONSUMIDA SEPARADAMENTE (FOTOCOPIAR L2 E L3, SE NECESSÁRIO).	<input type="checkbox"/>

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

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

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM L2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): \_\_\_\_\_

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) VIDA INTEIRA	

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

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

Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ? NÃO SIM

Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou, sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? NÃO SIM  
( COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).

Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ? NÃO SIM

Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? NÃO SIM

Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou ainda pensando nessas drogas ? NÃO SIM

Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ? NÃO SIM

Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) lhe causava(m) problemas de saúde ou problemas psicológicos? NÃO SIM

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

L3a E L3b (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): \_\_\_\_\_

NÃO	→ SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

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

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

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM L4 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : \_\_\_\_\_

CRONOLOGIA

- |    |  |                            |    |
|----|--|----------------------------|----|
| L5 | Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a consumir [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] de forma abusiva ? | <input type="text"/> idade | 13 |
|----|--|----------------------------|----|

NÃO	SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

## M. TRANSTORNOS PSICÓTICOS - Parte 1

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

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

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

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

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

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

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

#### JULGAMENTO DO CLÍNICO

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

**SE M11a = NÃO ⇒ PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.**

M11 b

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

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

**SE NÃO**, CONTINUAR.

NÃO	SIM
<b>TRANTORNO PSICÓTICO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO*</b>	
	Atual <input type="checkbox"/>
	Vida inteira <input type="checkbox"/>
*Diagnóstico provisório devido à insuficiência de informações disponíveis no momento	

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

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

NÃO	SIM
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido ATUAL	Critério A da Esquizofrenia preenchido ATUAL

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

NÃO	SIM
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido VIDA INTEIRA	Critério A da Esquizofrenia preenchido VIDA INTEIRA

OU M11c É COTADA "SIM" ?

M12 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
c	<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA PSICOSE ? ( FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).</i>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
d	UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA??	NÃO	SIM	INCERTO
	SE M12d = NÃO: COTAR M13 (a, b) E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE			21
	SE M12d = SIM: COTAR NÃO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14			
	SE M12d = INCERTO: COTAR INCERTO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14			
M13a				
	M12d É COTADA NÃO DEVIDO A UMA CONDIÇÃO MÉDICA GERAL (M12b = SIM) ?	NÃO	SIM	22
	SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:	<b>TRANTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral</b> Atual <input type="checkbox"/> Vida inteira <input type="checkbox"/> Incerto <input type="checkbox"/>		
	ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b)			
	E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b)			
M13b				
	M12d É COTADA NÃO DEVIDO AO USO DE SUBTÂNCIA (M12a = SIM) ?	NÃO	SIM	23
	SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:	<b>TRANTORNO PSICÓTICO induzido por substância</b> Atual <input type="checkbox"/> Vida inteira <input type="checkbox"/> Incerto <input type="checkbox"/>		
	ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b)			
	E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b)			
M14	Quanto tempo durou o período mais longo em que teve essas crenças/experiências? SE <1 DIA, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.	_____		24
M15 a	<b>Durante ou depois</b> desse (de um deseos) período(s) em teve essas crenças/experiências, você teve dificuldades para trabalhar, ou dificuldades para se relacionar com as pessoas ou dificuldades para cuidar de si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	25
b	SE SIM : Quanto tempo duraram essas dificuldades? SE ≥ 6 MESES, PASSAR PARA M16.	_____		26
c	Você foi tratado(a) com medicamentos ou foi hospitalizado(a) por causa dessas crenças/experiências, ou das dificuldades / problemas que elas causaram?	NÃO	SIM	27
d	SE SIM : Quanto tempo durou esse tratamento com medicamentos / a hospitalização mais longa por causa desses problemas ?	_____		28
M16 a	O(A) ENTREVISTADO(A) DESCREVE UM FUNCIONAMENTO DETERIORADO (M15a = SIM) OU FOI TRATADO / HOSPITALIZADO POR PSICOSE (M15c = SIM).	NÃO	SIM	29
b	JULGAMENTO DO CLÍNICO: CONSIDERANDO SUA EXPERIÊNCIA, A DISFUNÇÃO CAUSADA PELA PSICOSE, AO LONGO DA VIDA DO(A) ENTREVISTADO(A) É:	(1) ausente (2) leve		30
	(3) moderada			
	(4) severa			
M17	QUAL É A DURAÇÃO TOTAL DA PSICOSE, CONSIDERANDO A FASE ATIVA (M14) E AS DIFICULDADES ASSOCIADAS (M15b) E O TRATAMENTO PSQUIÁTRICO (M15d) ? CRONOLOGIA	(1) ≥ 1 dia a <1 mês (2) ≥ 1 mês a <6 meses (3) ≥ 6 meses		31

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



## TRANSTORNOS PSICÓTICOS - PARTE 2

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DO HUMOR

COTAR AS QUESTÕES **M19** A **M23** UNICAMENTE:

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

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

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

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

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

CONSULTE OS ÍTENS **M11a** E **M11b**:

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

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

PARA OS TRANSTORNOS DO HUMOR ➔ ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

## N. ANOREXIA NERVOSA

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

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

### Durante os últimos 3 meses:

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

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

→ NÃO	SIM
ANOREXIA NERVOSA ATUAL	

### CRONOLOGIA

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

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

Mulheres altura/ peso															
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178	
kgs	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Homens altura/ peso															
cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	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.

## O. BULIMIA NERVOSA

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

O1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	10												
O2	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos 2 vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	11												
O3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	12												
O4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	13												
O5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	14												
O6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (QUESTÃO N6=SIM)?	NÃO	SIM	15												
				↓ passar a O8												
O7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem <b>sempre</b> que o seu peso é inferior a ____ Kgs ? [RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO NA TABELA DO MÓDULO “N” (ANOREXIA NERVOSA)]	NÃO	SIM	16												
O8	<b>O5 É COTADA “SIM” E O7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?</b>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2">BULIMIA NERVOSA ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	BULIMIA NERVOSA ATUAL									
NÃO	SIM															
BULIMIA NERVOSA ATUAL																
CRONOLOGIA																
O9	Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou crises de comer descontroladamente ?	<input type="text"/>	anos	17												
O10	Desde que esses problemas de começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou crises de comer descontroladamente ?	<input type="text"/>		18												
O11	No último ano, durante quantos meses apresentou crises de comer descontroladamente ?	<input type="text"/>		19												
O12	<b>SUBTIPOS DE BULIMIA NERVOSA</b> Após comer descontroladamente, regularmente faz coisas como provocar vômitos, ou tomar laxantes, diuréticos ou fazer lavagem intestinal (enemas) para perder peso? [NO TIPO NÃO-PURGATIVO O(A) ENTREVISTADO(A) UTILIZA-SE DE OUTROS COMPORTAMENTOS]	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td><i>Tipo sem purgação</i></td> <td><i>Tipo purgativo</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">BULIMIA NERVOSA</td> </tr> </tbody> </table>			NÃO	SIM	20	<i>Tipo sem purgação</i>	<i>Tipo purgativo</i>		BULIMIA NERVOSA					
NÃO	SIM	20														
<i>Tipo sem purgação</i>	<i>Tipo purgativo</i>															
BULIMIA NERVOSA																
<b>SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVOSA</b>																
Tipo Compulsão Periódica / Purgativo																
O7 E O12 SÃO COTADAS SIM?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ANOREXIA NERVOSA</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><i>Tipo Compulsão Periódica / Purgativo</i></td> </tr> <tr> <td colspan="3">ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>				NÃO	SIM	21	ANOREXIA NERVOSA			<i>Tipo Compulsão Periódica / Purgativo</i>			ATUAL		
NÃO	SIM	21														
ANOREXIA NERVOSA																
<i>Tipo Compulsão Periódica / Purgativo</i>																
ATUAL																
Tipo Restritivo																
Para perder peso, você regularmente faz jejum ou faz exercícios exaustivos, mas não usa métodos como provocar vômitos, ou fazer uso indevido de laxantes, diuréticos ou lavagem intestinal (enemas) ?																
				<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ANOREXIA NERVOSA</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><i>Tipo Restritivo</i></td> </tr> <tr> <td colspan="3">ATUAL</td> </tr> </tbody> </table>	NÃO	SIM	22	ANOREXIA NERVOSA			<i>Tipo Restritivo</i>			ATUAL		
NÃO	SIM	22														
ANOREXIA NERVOSA																
<i>Tipo Restritivo</i>																
ATUAL																

## P. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

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

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

## CRONOLOGIA

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

**Q. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)**

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

**Q1 Antes dos 15 anos:**

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

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM Q1?

➔  
NÃO SIM

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

**Q2 Depois dos 15 anos:**

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM Q2 ?

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTISOCIAL VIDA INTEIRA</b>	

## R. TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO (opcional)

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

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

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

**R9 É COTADA NÃO ?**

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO VIDA INTEIRA</b>	

R10 Atualmente você ainda apresenta esses problemas ?

NÃO	SIM
	36
<b>TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO ATUAL</b>	

## S. HIPOCONDRIA

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

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

S6 **S5 É COTADA SIM?**

NÃO	SIM
<b>HIPOCONDRIA ATUAL</b>	

### T. TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

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

T1	Você tem estado preocupado com algum defeito em sua aparência ?	→ NÃO	SIM	1				
T2	Essa preocupação persistiu mesmo quando outras pessoas (incluindo médicos) acharam, com razão, que sua preocupação era exagerada ?	→ NÃO	SIM	2				
T3	Essa preocupação lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	3				
T4	T3 É COTADA SIM?	<table border="1"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL								

### U. TRANSTORNO DOLOROSO

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

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



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

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

SOLICITAR COLABORAÇÃO DA FAMÍLIA OU RESPONSÁVEIS PARA COLHER ESSAS INFORMAÇÕES.

<b>V1</b>	<b>Nos últimos 12 meses:</b>			
	a	frequentemente provocou, ameaçou ou intimidou outras pessoas?	NÃO	SIM 1
	b	frequentemente começou brigas ?	NÃO	SIM 2
	c	utilizou arma(s) que podia ferir pessoas (por ex., faca, arma de fogo, tijolo, pau, garrafa quebrada)?	NÃO	SIM 3
	d	machucou pessoas de propósito ?	NÃO	SIM 4
	e	machucou animais de propósito?	NÃO	SIM 5
	f	roubou de forma violenta (por ex., assalto à mão armada, bater carteira, arrancar bolsa, extorção) ?	NÃO	SIM 6
	g	forçou alguém a ter relações sexuais com você?	NÃO	SIM 7
	h	incendiou coisas com intenção de causar danos ?	NÃO	SIM 8
	i	Destruíu coisas dos outros de propósito?	NÃO	SIM 9
	j	arrombou casa ou carro de outros ?	NÃO	SIM 10
	k	mentiu frequentemente para obter coisas ou enganar os outros ?	NÃO	SIM 11
	l	roubou objetos ?	NÃO	SIM 12
	m	ficou na rua, à noite, apesar da proibição de seus pais, e começou a fazer isto antes dos 13 anos ?	NÃO	SIM 13
	n	fugiu de casa, à noite, pelo menos duas vezes ?	NÃO	SIM 14
	o	frequentemente faltou à escola , e começou a fazer isto antes dos 13 anos ?	NÃO	SIM 15
		HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS SIM EM V1 ?	→ NÃO	SIM
		<b>SE SIM:</b> Apresentou pelo menos um desses comportamentos nos últimos 6 meses?	→ NÃO	SIM

V2 Esses comportamentos causaram problemas na escola, no trabalho, com seus amigos ou familiares ? NÃO SIM 16

V2 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DA CONDUTA ATUAL</b>	

### Subtipos

- Com Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade
- Com história de abuso físico ou sexual
- Com história de divórcio traumático
- Com história de adoção
- Com história de outros fatores estressantes

Assinalar tudo que for apropriado

- 
- 
- 
- 
-

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

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

### Nos últimos 12 meses, frequentemente:

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

### Nos últimos 6 meses, frequentemente:

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

W4 É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE ATUAL</b>	

## TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (Adulto)

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

### Quando criança:

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

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

→  
NÃO SIM

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

### Enquanto adulto:

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

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

→  
NÃO SIM

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

**W8 É COTADA SIM ?**

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

## X. TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO

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

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

X1	Tem apresentado problemas emocionais ou de comportamento decorrentes de algum fato ou situação de vida muito estressante ? [EXEMPLOS: ansiedade, depressão, queixas físicas, comportamentos desviantes (brigas, dirigir perigosamente, vandalismo, faltar às aulas, desrespeitar os direitos dos outros, fazer coisas ilegais)].	→ NÃO	SIM	1								
X2	Esses problemas emocionais ou de comportamento começaram durante os 3 meses que se seguiram ao fato ou à situação de vida estressante de que falou ?	→ NÃO	SIM	2								
X3	a Esses problemas emocionais ou de comportamento o(a) perturbam mais do que se poderia esperar ?	→ NÃO	SIM	3								
	b Esses problemas emocionais ou de comportamento o(a) perturbam no seu trabalho, na escola, nas suas atividades cotidianas ou nas suas relações sociais ?	→ NÃO	SIM	4								
X4	Esses problemas emocionais ou de comportamento foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais ao que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?	→ NÃO	SIM	5								
	UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	→ NÃO	SIM	5								
X5	Esses problemas emocionais ou de comportamento persistiram durante mais de 6 meses depois que esse fato / situação de vida estressante terminou ? (SE O FATO / SITUAÇÃO ESTRESSANTE AINDA ESTÁ PRESENTE COTAR NÃO).	→ NÃO	SIM	6								
OS SEGUINTE SINTOMAS EMOCIONAIS / DE COMPORTAMENTO ESTÃO PRESENTES ?												
QUALIFICADORES:												
A	Depressão, crises de choro, desesperança.	<input type="checkbox"/>	ASSINALAR TUDO QUE FOR APROPRIADO									
B	Ansiedade, nervosismo, agitação, preocupações.	<input type="checkbox"/>										
C	Comportamentos desviantes (brigas, dirigir perigosamente, vandalismo, faltar às aulas, desrespeitar os direitos dos outros, fazer coisas ilegais)	<input type="checkbox"/>										
D	Problemas no trabalho, na escola, queixas físicas, retraimento social.	<input type="checkbox"/>										
SE ASSINALADOS:												
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Somente <b>A</b>, cotar Transtorno de Ajustamento com humor depressivo (309.0)</li> <li>• Somente <b>B</b>, cotar Transtorno de Ajustamento com ansiedade (309.24)</li> <li>• Somente <b>C</b>, cotar Transtorno de Ajustamento com perturbação da conduta (309.3)</li> <li>• Somente <b>A e B</b>, cotar Transtorno de Ajustamento misto de ansiedade e depressão (309.28)</li> <li>• <b>C e (A ou B)</b>, cotar Transtorno de Ajustamento com perturbação mista das emoções e conduta (309.4)</li> <li>• Somente <b>D</b>, cotar Transtorno do Ajustamento Inespecificado (309.9)</li> </ul>												
SE X5 = NÃO, COTAR <b>SIM</b> E ESPECIFICAR OS QUALIFICADORES												
<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 150px; height: 50px;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 5px;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><b>TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><i>com _____</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><i>(qualificadores)</i></td> </tr> </tbody> </table>					NÃO	SIM	<b>TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO</b>		<i>com _____</i>		<i>(qualificadores)</i>	
NÃO	SIM											
<b>TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO</b>												
<i>com _____</i>												
<i>(qualificadores)</i>												

## Y. TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL

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

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

**Z. TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO**

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

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

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

**RELAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DSM-IV/CID-10 - CÓDIGOS PARA DIAGNÓSTICOS DO M.I.N.I.**

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

**Transtornos Dolorosos**

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

**Transtorno da Conduta**

312.80/F91.8

**Transtornos de Déficit de Atenção/ Hiperatividade**

- 314.01/F90.0 Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Combinado
- 314.00/F98.8 Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento
- 314.01/F90.0 Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-impulsivo

**Transtornos de Ajustamento**

- 309.00/F43.20 Transtorno de Ajustamento com humor depressivo
- 309.24/F43.28 Transtorno de Ajustamento com ansiedade
- 309.28/F43.22 Transtorno de Ajustamento misto de ansiedade e depressão
- 309.30/F43.24 Transtorno de Ajustamento, com perturbação da conduta
- 309.40/F43.25 Transtorno de Ajustamento, com perturbação mista das emoções e conduta
- 309.90/F43.9 Transtorno de Ajustamento, sem especificação

**Transtorno Disfórico Pré-menstrual**

Nenhum código alocado



### CRITÉRIOS PARA EXCLUIR OUTROS TRANSTORNOS DO EIXO I

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

**Questão** Sim Não

Os sintomas de X são exclusivamente restritos a, ou melhor explicados por Y, Z?

Se o diagnóstico X foi feito, faça a pergunta acima, inserindo o diagnóstico X na coluna 1, e os diagnósticos Y, Z correspondentes na coluna 2

**Em qualquer situação em que:**

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

## REFERÊNCIAS

- 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.
- 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 Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry*. 1997; 12: 224-231.
- 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. *J Clin Psychiatry* 1998;59(suppl 20):22-33.
- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D: DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry*. 1998; 13:26-34.
- Amorim P. " Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): desenvolvimento e validação de entrevista diagnóstica breve para avaliação dos Transtornos Mentais." *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000; 22 (3): 106-115.

### Translations

Afrikaans	R. Emsley
Alemão	I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer
Árabe	
Basco	
Bengali	
Búlgaro	
Catalão	
Checo	
Chinês	
Coreano	
Croata	
Dinamarquês	P. Bech
Esloveno	M.Kocmur
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier O. Soto, L. Franco, G. Heinze J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl K. Khooshabi, A. Zomorodi
Estonian	M.Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Farsi/Persa	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine
Finlandês	S. Beratis
Francês	
Grego	J. Zohar, Y. Sasson
Gujarati	
Hebreu	
Hindi	
Holandês/Flamenco	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs
Inglês	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
Islandês	
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller
Japonês	
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim
Português - Brasil	P. Amorim
Punjabi	
Romeno	
Russo	
Sérvio	I. Timotijevic
Setswana	
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip
Urdu	

### M.I.N.I. 4.6/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0 and M.I.N.I. Screen 5.0:

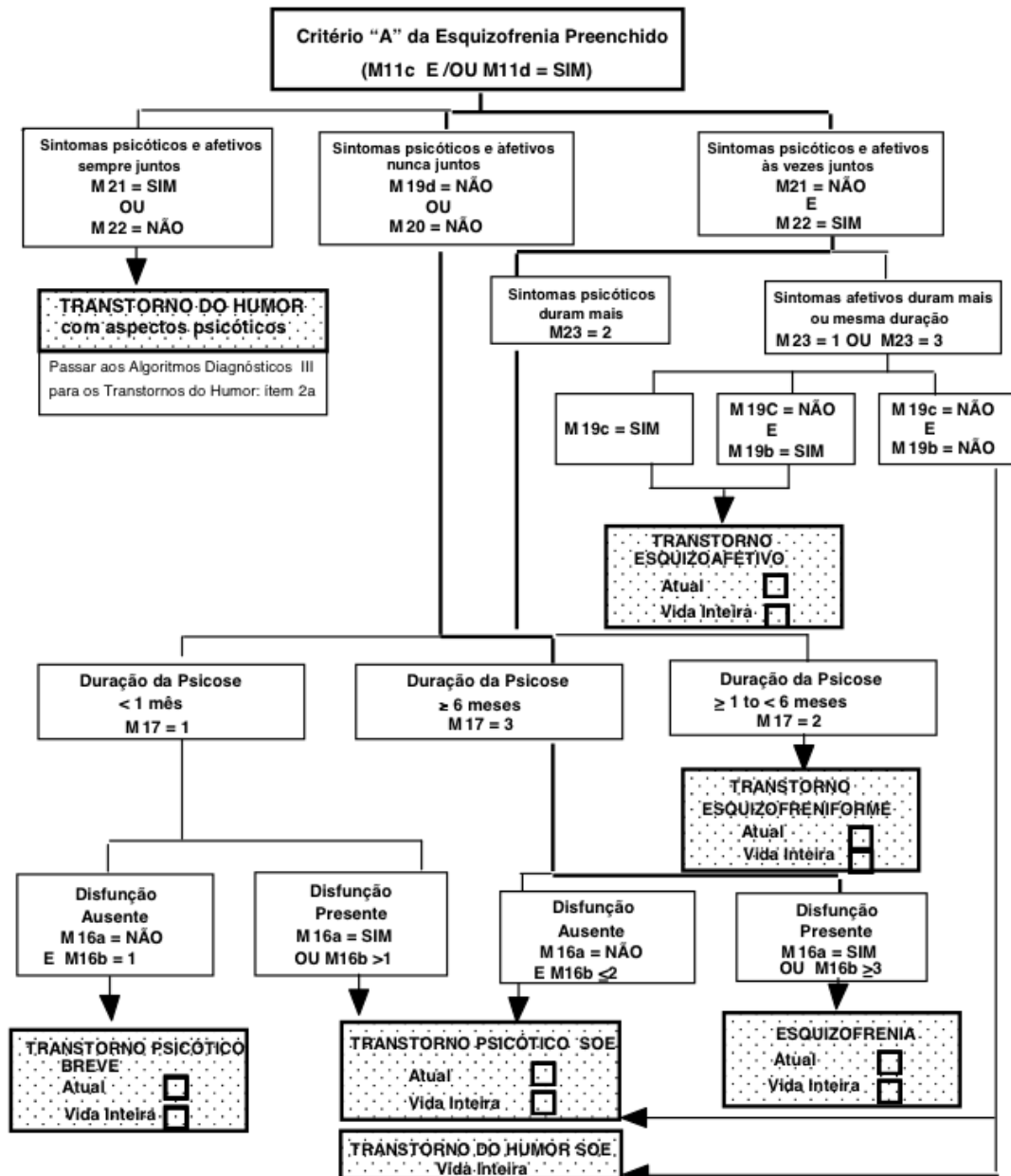
G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil O. Osman, E. Al-Radi Em preparação H. Banerjee, A. Banerjee L.G. Hranov Em preparação P. Zvlosky L. Carroll, K-d Juang Em preparação Em preparação P. Bech, T. Schütze M. Kocmur L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia,	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta T. Calligas, S. Beratis M. Patel, B. Patel R. Barda, I. Levinson C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere I. Bitter, J. Balazs D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan, M. Sheehan J.G. Stefansson L. Conti, A. Rossi, P. Donda  T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima, J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima V. Janavs, J. Janavs K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger M. Masiak, E. Jasiak P. Amorim, T. Guterres, P. Levy P. Amorim A. Gahunia, S. Gambhir O. Driga A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky I. Timotijevic K. Ketlogetswe C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren T. Örnek, A. Keskiner A. Taj, S. Gambhir
---	--

Os estudos de validação do M.I.N.I. foram possíveis, em parte, graças a fundos da SmithKline Beecham e da União Européia.

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

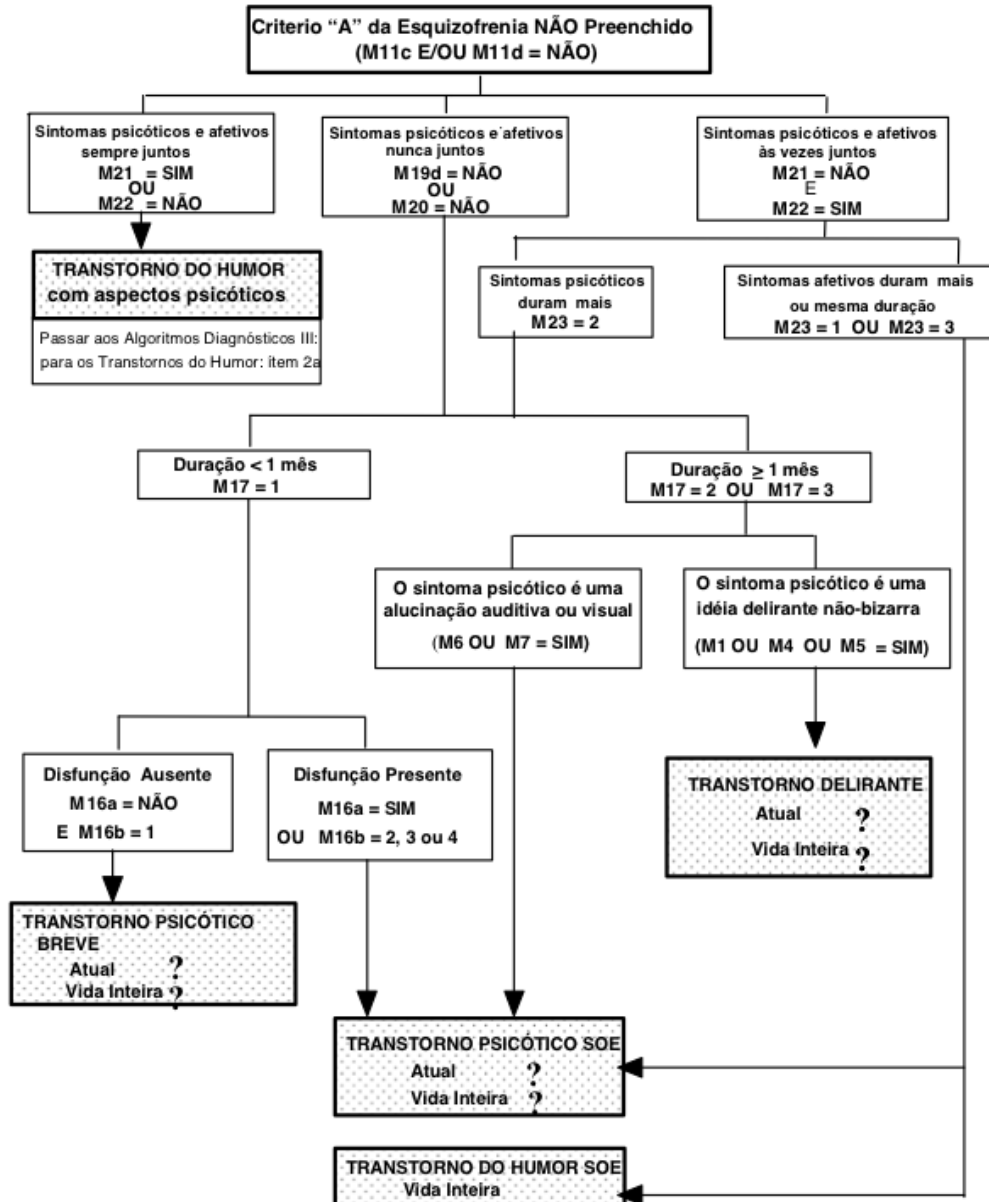
### TRANSTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I

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



## TRANSTORNOS PSICÓTICOS : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS II

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



## TRANSTORNOS DO HUMOR : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

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

### MÓDULO M: Diagnóstico diferencial entre Transtornos Psicóticos e do Humor

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

### MÓDULOS A e D:

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

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

**Especificar:**

SEM Aspectos Psicóticos (AP): SE 1a = SIM E 2a = NÃO

COM Aspectos Psicóticos (AP): SE 1c = SIM OU 2a = SIM

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

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR</b>	
Sem AP	<input type="checkbox"/>
Com AP	<input type="checkbox"/>
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

- d D7 = SIM (Episódio Maníaco presente)?

**Especificar:**

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

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

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

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO BIPOLAR I</b>	
Sem AP	<input type="checkbox"/>
Com AP	<input type="checkbox"/>
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

- e A8 = SIM (Episódio Depressivo Maior presente)

E

D6 = SIM (Episódio Hipoaniaco presente)?

E

D7 = NÃO (Episódio Maníaco ausente)?

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

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO BIPOLAR II</b>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

## ANEXO

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

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

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

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

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

## 2. DIAGNÓSTICO CORRIGIDO DE TRANSTORNO PSICÓTICO ATUAL

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

NÃO       SIM

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

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

---

## 3. DIAGNÓSTICO ATUAL PRINCIPAL

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

---

## 4. DÚVIDAS DIAGNÓSTICAS

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

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

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

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

---

---

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

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

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

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

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

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

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

---

## 6. OUTRAS OBSERVAÇÕES

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



## ANEXO VI



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE  
OLIVEIRA ((MCO/UFBA))



**Benefícios:** Contribui cientificamente no desenvolvimento de métodos de observação clínica para o estudo do Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, além de avaliar a aplicação de uma técnica de baixo custo, não-invasiva e segura para adequação do controle inibitório, com provável melhoria da qualidade de vida dos portadores deste transtorno.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um ensaio clínico randomizado simples cego para testar a eficiência do ETCC no controle do transtorno déficit de atenção e hiperatividade.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Contém os elementos de proteção ao sujeito de pesquisa.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Sim

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

SALVADOR, 09 de Outubro de 2012

*Eduardo M. Netto*

Assinador por:  
Eduardo Martins Netto  
(Coordenador)

*Devolvido pelo CONEP em  
8/11/2012 pois  
há nota do prof  
CONEP: "Projeto  
devolvido ao CEP*

*pois foi encaminhado à CONEP  
por erro do sistema".  
Eduardo M. Netto 26/2/13*

*Protocolo  
Aprovado em 9/10/2012.  
26/2/2013*

*Eduardo M. Netto*

Endereço: Rua do Limoeiro, 137

Bairro: Nazaré

CEP: 40.005-150

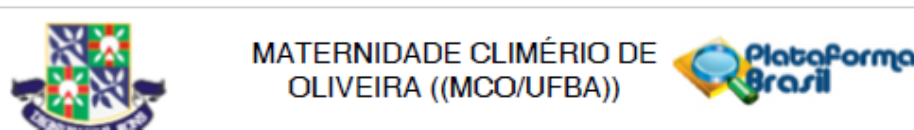
UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-9210

E-mail: cepmco@ufba.br

## ANEXO VII



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: CONTRIBUIÇÃO DA ESTIMULAÇÃO TRANSCRANIANA POR CORRENTE CONTÍNUA NO CONTROLE INIBITÓRIO

**Pesquisador:** Eduardo Pondê de Sena

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 07971612.2.0000.5543

**Instituição Proponente:** SANATORIO SÃO PAULO LTDA.

**Patrocinador Principal:** SANATORIO SÃO PAULO LTDA.

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 289.920

**Data da Relatoria:** 06/06/2013

**Apresentação do Projeto:**

Não muda.

**Objetivo da Pesquisa:**

Não muda.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não muda.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Muda a amperagem de 2mA para 1mA e o tempo de ETCC de 2 minutos para 30 segundos; no placebo é diminuído de 25 para 20 minutos:

**RESPOSTA:** A modificação da amperagem de 2mA para 1mA foi realizada com o objetivo de evitar o desmascaramento uma vez que se trata de estudo cego, e uma corrente de 2mA, embora tão segura quanto a de 1mA, ocasiona uma maior parestesia local inicial, o que é evitado pela redução da amperagem, aumentando as chances de manter o  $\zeta$ blinding $\zeta$ , sem reduzir a eficácia da intervenção [1, 2].

<b>Endereço:</b> Rua do Limoeiro, 137		<b>CEP:</b> 40.005-150
<b>Bairro:</b> Nazaré	<b>Município:</b> SALVADOR	
<b>UF:</b> BA		<b>E-mail:</b> cepmco@ufba.br
<b>Telefone:</b> (71)3283-9210		



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE  
OLIVEIRA ((MCO/UFBA))



Continuação do Parecer: 289.920

A redução do tempo de exposição foi definida pela compreensão de que 20 minutos são suficientes para observar o efeito imediato esperado, além de reduzir, conseqüentemente, a fadiga do paciente [1-6].

Tais modificações, portanto, objetivam uma adequação do ensaio para atender aos aspectos metodológicos, além de reduzir o desgaste dos indivíduos participantes, em virtude de um tempo de intervenção mais prolongado que o necessário para observação do efeito esperado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Não muda.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Mudanças acatadas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SALVADOR, 31 de Maio de 2013

---

Assinador por:  
Eduardo Martins Netto  
(Coordenador)

Endereço: Rua do Limoeiro, 137	CEP: 40.005-150
Bairro: Nazaré	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-9210	E-mail: cepmco@ufba.br