

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO DE PESQUISA CLÍNICA EVANDRO CHAGAS
MESTRADO EM PESQUISA CLÍNICA EM DOENÇAS
INFECCIOSAS

PATRÍCIA MACHADO QUINTAES GUIMARÃES

**PERFIL DE COMORBIDADE PSQUIÁTRICA EM
PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO
PELO HIV, HTLV E DOENÇA DE CHAGAS
ACOMPANHADOS EM UM AMBULATÓRIO DE
PSQUIATRIA**

Rio de Janeiro

2011

**PERFIL DE COMORBIDADE PSIQUIÁTRICA EM
PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO
PELO HIV, HTLV E DOENÇA DE CHAGAS
ACOMPANHADOS EM UM AMBULATÓRIO DE
PSIQUIATRIA**

PATRÍCIA MACHADO QUINTAES GUIMARÃES

Dissertação apresentada ao Curso
de Pós-Graduação em Pesquisa
Clínica em Doenças Infecciosas
do Instituto de Pesquisa Clínica
Evandro para obtenção do grau de
Mestre em Ciências
Orientadores: Dra. Sonia Regina
Lambert Passos e Dr. Carlos
Augusto Ferreira de Andrade

Rio de Janeiro

2011

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

G963

Guimarães, Patrícia Machado Quintaes.

Perfil de comorbidade psiquiátrica em pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV, HTLV e Doença de Chagas acompanhados em um ambulatório de psiquiatria. / Patrícia Machado Quintaes Guimarães. – Rio de Janeiro, 2011.

xv, 140 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, Pós-Graduação em Doenças Infecciosas, 2011.

Bibliografia: f. 63-74

1. Transtornos mentais. 2. Comorbidade. 3. Doenças transmissíveis. 4. Entrevista psiquiátrica padronizada. 5. Cognição. I. Título.

CDD 362.2

PATRÍCIA MACHADO QUINTAES GUIMARÃES

**PERFIL DE COMORBIDADE PSIQUIÁTRICA EM
PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO
PELO HIV, HTLV E DOENÇA DE CHAGAS
ACOMPANHADOS EM UM AMBULATÓRIO DE
PSIQUIATRIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em
Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas do Instituto de
Pesquisa Clínica Evandro Chagas para obtenção do grau
de Mestre em Ciências

Orientadores: Dra. Sonia Regina Lambert Passos.

Dr. Carlos Augusto Ferreira de Andrade

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Dra Yara Hahr Marques Hökerberg (presidente)

Doutora em Saúde Coletiva

Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas

Dra Lucia Abelha Lima

Doutora em Saúde Pública

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dra Regina Paiva Daumas

Doutora em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas

Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas

Dr Sandro Antonio Pereira

Doutor em Ciências

Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas

Esta dissertação é dedicada aos meus pais Jorge e Maria Célia (*in memoriam*), que me ensinaram os reais valores da existência e a quem devo tudo que sou. Às minhas filhas queridas Júlia, Tatiana e Luisa que conferem aos meus dias um colorido especial e são a maior razão para que persevere em meus sonhos. Ao meu companheiro de jornada, amor da minha vida, Guilherme.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Dra. Sonia Lambert Passos por seu brilhantismo, engenhosidade e sensibilidade. Conseguiu como ninguém me fazer ingressar no universo da pesquisa clínica.

Ao meu orientador Professor Dr. Carlos Augusto Ferreira de Andrade por sua dedicação, paciência e auxílio com os recursos da informática essenciais à realização deste trabalho.

Ao querido amigo Dr. José Luiz Martins Lessa, que domina como poucos as clássicas síndromes psiquiátricas e que encontrou, mesmo estando muito atarefado, tempo para me ouvir, incentivar e ajudar na conclusão do mestrado.

À querida amiga Dra. Marcelle Lobo Dinis, sempre generosa, que me possibilitou este feliz e produtivo encontro com a Dra Sonia Lambert Passos.

A todos da seção de psicologia do IPEC: Márcia, Teresa Cristina, Ludmila, Corina, Eunes, Eliane que com muito carinho e competência acolhem todos os pacientes.

Ao Serviço de Documentação e Estatística do IPEC, especialmente na pessoa do Ubirajara por sua agilidade e fornecimento de dados imprescindíveis à elaboração da dissertação.

À professora Dra. Yara Hahr Marques Hökerberg pela revisão e sugestões para formatação final da dissertação.

A toda equipe do ambulatório do IPEC que direta ou indiretamente contribuiu com sua competência, entusiasmo e carinho para a assistência aos pacientes.

A todas as pessoas que acompanho no serviço e que muito me ensinaram com suas histórias de vida, sofrimentos e superações.

Ao meu amado Guilherme, companheiro de vida e de profissão, pelo estímulo constante e por seu grande suporte na elaboração desta dissertação.

“Não fosse o olho ao sol aparentado,
Jamais o sol poderíamos contemplar.
Não nos preenchesse a força de um Deus,
Como poderia o divino manter-nos
deslumbrados?”

Goethe: Sprüche 130

Guimarães, PMQ. **Perfil de Comorbidade Psiquiátrica em Pacientes com Diagnóstico de Infecção pelo HIV, HTLV e doença de Chagas Acompanhados em um Ambulatório de Psiquiatria.** Rio de Janeiro, 2011. 140 f. Dissertação [Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas] - Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas.

RESUMO

Doenças infecciosas crônicas podem causar ou agravar transtornos mentais em decorrência de efeitos diretos no sistema nervoso central, como resposta individual ao adoecimento, alteração da imunidade com surgimento de infecções oportunistas ou em função de efeitos colaterais do tratamento específico. O objetivo do presente estudo foi avaliar as características clínicas, sociodemográficas, o perfil de comorbidade psiquiátrica e de alterações cognitivas em pacientes ambulatoriais com diagnóstico de infecção pelo HIV, HTLV e doença de Chagas do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) da Fundação Oswaldo Cruz. Trata-se de um estudo seccional com uma amostra consecutiva de 125 pacientes encaminhados ao ambulatório de psiquiatria no período de fevereiro a dezembro de 2010. A coleta de dados foi realizada por meio de fichas padronizadas incluindo informações sobre características sociodemográficas e clínicas e aplicação dos instrumentos *Mini International Neuropsychiatric Interview*- versão Plus (MINI-Plus 5.0) para diagnósticos psiquiátricos e Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para rastreio de déficit cognitivo, ambos validados para a língua portuguesa do Brasil. Foi realizada uma análise descritiva com frequências simples e medidas de dispersão de variáveis sociodemográficas e clínicas, dos diagnósticos obtidos pelo MINI-Plus e alteração cognitiva detectada pelo MEEM segundo o ponto de corte proposto pela Sociedade Brasileira de Neurologia. A associação entre as variáveis categóricas sociodemográficas / clínicas e os transtornos mentais mais prevalentes e a alteração do MEEM, foi avaliada utilizando-se os testes qui-quadrado ou exato de Fisher e teste *t* de Student ou Mann-Whitney para variáveis contínuas. Foram estimadas as razões de chance (OR) com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Análise de regressão logística múltipla foi realizada para identificar os fatores associados aos diagnósticos psiquiátricos mais frequentes, risco de suicídio e à doença clínica de base. O método de seleção foi o *stepwise (backward)* com nível de significância de 5%. A distribuição por doença clínica foi a que se segue: 74 (59,2%) pacientes com HIV/Aids, 40 (32,0%) com doença de Chagas, nove (7,2%) com infecção pelo HTLV, e dois (1,6%) com co-infecção HIV/HTLV. A maioria dos pacientes entrevistados eram mulheres (64,0%), com até oito anos de escolaridade (56,0%), com renda familiar igual ou superior a dois salários mínimos (54,4%), que residiam em domicílio próprio (68,0%) e que não estavam trabalhando no momento da entrevista (81,6%). A mediana (intervalo interquartil) de idade dos homens foi de 48 anos (41,0-52,5) e das mulheres 49 (42,0-59,0) anos. A maioria dos pacientes (96,0%) estava em uso de psicofármacos no momento da entrevista, com mediana (intervalo interquartil) de tempo de uso de 46,0 (27,0-72,0) meses, sendo os mais utilizados os benzodiazepínicos: 98 (81,7%) e os antidepressivos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS): 84 (70,0%). Observou-se uma mediana de 3 (mínimo 1-máximo 7) diagnósticos por paciente. Os diagnósticos mais frequentes foram: Agorafobia: 65 (52,0%); transtorno de ansiedade generalizada: 29 (23,2%); Episódio Depressivo Maior (EDM): 56 (44,8%); risco de suicídio: 71 (56,8%); abuso/dependência de álcool: 26 (20,8%) e abuso/dependência de substâncias

psicoativas: 17 (13,6%). Agorafobia estava diretamente associada ao paciente viver sozinho (OR=11,10). EDM não diferiu quanto às características clínicas, psiquiátricas e sociodemográficas. O diagnóstico de abuso/dependência de álcool e/ou substâncias psicoativas estava diretamente associado à renda familiar inferior a dois salários mínimos (OR=2,64, IC95%: 1,03-6,75), ao diagnóstico de HIV (OR=5,24, IC95%: 1,56-17,61), e ao tempo maior de tratamento psiquiátrico (OR=1,39, IC95%: 1,07-1,81). Risco de suicídio estava diretamente associado à cor não-branca (OR = 2,17, IC95%: 1,03-4,58), não estar trabalhando no momento da entrevista (OR = 2,72, IC95%: 1,01-7,34), e diagnóstico de EDM atual (OR = 3,34, IC95%: 1,54-7,44). Oitenta e oito (70,4%) pacientes apresentavam escores de MEEM indicativos de alteração da capacidade cognitiva que estavam diretamente associados ao sexo feminino (OR=2,97, IC95%: 1,34-6,57), não diferindo quanto às demais características clínicas, psiquiátricas e sociodemográficas nesta amostra. O perfil identificado é de pacientes potencialmente graves, preenchendo critérios diagnósticos para mais de um transtorno mental maior, com elevado risco de suicídio, em uso de diversos medicamentos psicotrópicos e em sua maioria sem suporte psicoterápico atual. Medidas para minimizar problemas relacionados às condições socioeconômicas desfavoráveis devem ser estimuladas considerando associação com dependência de álcool/outras drogas psicoativas e com risco de suicídio, que por sua vez podem comprometer a efetividade do tratamento clínico.

Palavras-chave: 1. Transtornos mentais; 2. Comorbidade; 3. Doenças Transmissíveis; 4. Entrevista Psiquiátrica Padronizada; 5. Cognição.

Guimarães, PMQ. **Psychiatric Comorbidity Profile in HIV- infected, HTLV-infected and Chagas disease patients followed in an Outpatient Psychiatry clinic.** Rio de Janeiro, 2011. 140 p. Master [Science dissertation in Clinic Research in Infectious Diseases] - Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas.

ABSTRACT

Chronic infectious diseases can cause or exacerbate mental disorders due to direct effects on the central nervous system, as individual response to illness, changes in immunity and onset of opportunistic infections or because of treatment side effects. The aim of this study was to evaluate the clinical, sociodemographic profile of psychiatric comorbidity and cognitive impairment in HIV-infected, HTLV-infected, and Chagas disease patients from the Evandro Chagas Clinical Research Institute (IPEC), Oswaldo Cruz Foundation. This is a cross-sectional study with a consecutive sample of 125 patients referred to psychiatric outpatient clinic from February to December 2010. Data collection was performed using standardized forms including information on clinical and sociodemographic characteristics. Mini International Neuropsychiatric Interview-Plus (MINI-Plus 5.0) and Mini Mental State Examination (MMSE) were administered to assess psychiatric diagnoses and cognitive impairment screening, respectively. Both instruments were validated for Portuguese language. A descriptive analysis was performed with simple frequencies and measures of dispersion of demographic and clinical variables, diagnoses obtained by the MINI-Plus and cognitive impairment detected by MMSE according to a cutoff point proposed by the Brazilian Society of Neurology. The association between categorical variables and demographic / clinical and mental disorder and changes in MMSE was assessed using the chi-square or Fisher exact test, and Student t test or Mann-Whitney test for continuous variables. We estimated odds ratios (OR) with confidence intervals of 95% (95%CI). Multiple logistic regression analysis was performed to identify factors associated with more frequent psychiatric diagnoses, suicide risk and clinical diagnosis. Stepwise (backward) method of selection was used with a significance level of 5%. The distribution of clinical diagnosis was the following: 74 (59.2%) HIV-infected, 40 (32.0%) with Chagas disease, nine (7.2%) HTLV-infected, and two (1.6%) with HIV/HTLV co-infection. Most patients interviewed were women (64.0%), up to eight years of schooling (56%), with a familiar income of greater than two minimum wages (54.4%), living at a own home (68.0%) and who were not working at the time of the interview (81.6%). Median (interquartile range) age for men was 48 years (41.0 to 52.5) and 49 years (42.0 to 59.0) for women. Most patients (96.0%) were taking psychotropic drugs at the time of interview, with a median time (interquartile range) of use of 46.0 months (27.0 to 72.0), most commonly used were benzodiazepines: 98 (81.7%) and selective serotonin reuptake inhibitor: 84 (70.0%). Median diagnosis per patient was 3 (minimum 1; maximum 7). Most common diagnoses were: Agoraphobia: 65 (52.0%), generalized anxiety disorder: 29 (23.2%), Major Depressive Episode (MDE): 56 (44.8%), suicide risk: 71 (56.8%), alcohol abuse/dependence: 26 (20.8%) and psychoactive substances abuse / dependence: 17 (13.6%). Agoraphobia was directly associated with patient living alone (OR=11.10). MDE did not differ in clinical, psychiatric and sociodemographic characteristics. Alcohol or psychoactive substances abuse / dependence diagnosis was directly associated with family income below two minimum wages (OR=2.64, 95%CI: 1.03-6.75), HIV diagnosis

(OR=5.24, 95%CI: 1.56 to 17.61), and longer period of psychiatric treatment (OR=1.39, 95%CI: 1.07 to 1.81). Suicide risk was directly associated with non-white color (OR=2.17, 95%CI: 1.03 to 4.58) and family income below two minimum wages (OR=2.14, 95%CI: 1.01 to 4.55). Eighty-eight (70.4%) had MMSE scores indicative of cognitive impairment and were directly associated with female gender (OR=2.97, 95%CI: 1.34 to 6.57). This study shows a profile of potentially serious patients, fulfilling diagnostic criteria for more than a major mental disorder, with high suicide risk, using various psychotropic medications and mostly without current psychological support. Measurements to decrease problems related to adverse socioeconomic conditions should be encouraged considering the association with alcohol / other psychoactive drugs and suicide risk, which in turn may compromise the effectiveness of medical treatment.

Keywords: 1. Mental Disorders; 2. Comorbidity; 3. Communicable Diseases; 4. Mental Status Schedule; 5. Cogniton.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos pacientes encaminhados ao ambulatório de psiquiatria segundo Programas de Extensão Pesquisa-Serviço (N=371), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010.....	31
Tabela 2	Distribuição das características sociodemográficas da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010.....	33
Tabela 3	Distribuição das características clínicas da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010.....	35
Tabela 4	Aspectos do tratamento psiquiátrico/psicológico da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010.....	36
Tabela 5	Distribuição da frequência dos transtornos psiquiátricos segundo o MINI-Plus* da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010.....	38
Tabela 6	Fatores sociodemográficos e clínicos associados à agorafobia da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010 (variáveis categóricas)	40
Tabela 7	Fatores sociodemográficos e clínicos associados à agorafobia da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010 (variáveis contínuas).....	41
Tabela 8	Fatores sociodemográficos e clínicos associados a Episódio Depressivo Atual da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010 (variáveis categóricas).....	42
Tabela 9	Fatores sociodemográficos e clínicos associados a Episódio Depressivo Atual da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010 (variáveis contínuas).....	43
Tabela 10	Fatores sociodemográficos e clínicos associados a abuso/dependência de álcool e/ou outras substâncias psicoativas da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010 (variáveis categóricas).....	44
Tabela 11	Fatores sociodemográficos e clínicos associados a	

	abuso/dependência de álcool e/ou outras substâncias psicoativas da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010 (variáveis contínuas).....	45
Tabela 12	Fatores sociodemográficos e clínicos associados ao risco de suicídio da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010 (variáveis categóricas).....	46
Tabela 13	Fatores sociodemográficos e clínicos associados ao risco de suicídio da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010 (variáveis contínuas).....	47
Tabela 14	Avaliação do desempenho cognitivo pelo instrumento baseado no MEEM da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010.....	48
Tabela 15	Fatores sociodemográficos e clínicos associados ao MEEM da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010.....	49
Tabela 16	Fatores sociodemográficos e clínicos associados ao MEEM da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids /Sida	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAMDEX	<i>Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination</i>
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
CD4	Linfócitos T-CD4+
CERAD	<i>Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease</i>
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Edição
CIDI	<i>Composite International Diagnostic Interview</i>
CV	Carga Viral
DN	Data de Nascimento
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition</i>
EDM	Episódio Depressivo Maior
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
Gesta	Número de Gestações
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HTLV-1	Vírus T-linfotrópico humano tipo 1
IPEC	Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas
ISRS	Inibidor Seletivo de Recaptação da Serotonina
Log	Logaritmo
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MINI	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
MINI-Plus	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview- versão plus</i>
n	Número
NÃO DIPS	Não Doenças Infecto-Parasitárias
OR	<i>Odds Ratio</i> ou Razão de Chances
Para	Número de Recém-natos
PEPES	Programas de Extensão Pesquisa-Serviço
SCID	<i>Structured clinical interview for the DSM-IV</i>
SIDAM	<i>Structured Interview for the Diagnosis of Dementia of Alzheimer's type, Multiinfarct Dementia</i>
SNC	Sistema Nervoso Central
SOE	Sem outra especificação
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TARV	Terapia antirretroviral

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	1
1.1	Interconsulta Psiquiátrica.....	1
1.2	Doenças Infecciosas e Comorbidades Psiquiátricas.....	3
1.2.1	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)	4
1.2.2	Vírus T-linfotrófico Humano tipo 1 (HTLV 1)	7
1.2.3	Doença de Chagas	8
1.3	Diagnóstico Psiquiátrico	13
1.3.1	Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI e MINI plus)	16
1.3.2	Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	17
2	JUSTIFICATIVA	20
3	OBJETIVOS	22
3.1	Objetivo geral.....	22
3.2	Objetivos específicos.....	22
4	MÉTODO	23
4.1	Delineamento do Estudo.....	23
4.2	Sujeitos do estudo.....	23
4.3	Casuística.....	23
4.4	Crítérios de Elegibilidade.....	24
4.4.1	Crítérios de Inclusão	24
4.4.2	Crítérios de Exclusão	24
4.5	Instrumentos e variáveis.....	24
4.5.1	Questionário para coleta de dados sócio-demográficos e clínicos.....	24
4.5.2	Instrumentos padronizados	27
4.5.2.1	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-Plus)</i>	27
4.5.2.2	<i>Mini Exame do Estado Mental (MEEM)</i>	27
4.6	Procedimentos.....	28
4.7	Análise Estatística.....	28
4.8	Considerações Éticas.....	30
5	RESULTADOS	31
6	DISCUSSÃO	51
7	CONCLUSÕES	61
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
	ANEXO A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	76
	ANEXO B- Ficha de coleta de dados sociodemográficos e clínicos.....	80
	ANEXO C- <i>Mini International Neuropsychiatric Interview Plus 5.0</i>	86
	ANEXO D- Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	137
	ANEXO E- Certificado do treinamento da versão brasileira do MINI Plus....	139
	ANEXO F- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do IPEC.....	140

1. INTRODUÇÃO

1.1 Interconsulta Psiquiátrica

A interconsulta psiquiátrica é uma subespecialidade da psiquiatria, que pode ser considerada um instrumento de pesquisa, ensino e assistência (Lipowski, 1983). Ela avalia e indica tratamento psiquiátrico para pacientes que estão sob os cuidados de outros especialistas e que são por estes encaminhados. Tal prática beneficia paciente, equipe de saúde e instituição. O censo nacional realizado na década de 90 revelou que serviços de interconsulta encontram-se disponíveis em 86% dos 63 hospitais gerais que contam com serviço de psiquiatria (Martins & Botega, 1998).

Os principais objetivos da interconsulta psiquiátrica são: prover tratamento específico a pacientes acometidos por transtornos mentais atendidos em serviços não-psiquiátricos; valorizar o papel da relação médico-paciente; aproximar a psiquiatria de outras especialidades médicas e dos demais profissionais de saúde (Botega, 2006).

O pedido de interconsulta normalmente é formalizado em impresso próprio e entregue ao interconsultor, que anota a data e o horário de recebimento. A interconsulta deve ser atendida com presteza. Inicia-se o atendimento por um contato prévio com o profissional solicitante a fim de ampliar a compreensão do enunciado do pedido, bem como de estabelecer vínculos com a equipe. O psiquiatra avalia o paciente e coleta dados adicionais, quando possível com outros profissionais e familiares. Em seguida o interconsultor transmite ao médico assistente seu parecer sobre a situação clínica do paciente e o plano terapêutico. Procedem-se a uma anotação objetiva no prontuário contendo anamnese, exame psíquico, hipótese diagnóstica e conduta. Mantém-se o acompanhamento do caso, sempre que um diagnóstico de transtorno mental é formulado (Botega, 2006). Sabe-se que 30 a 50% dos pacientes internados em hospital geral podem apresentar um transtorno mental (Lipowski, 1983).

Entre pacientes internados, a taxa de encaminhamentos tende a aumentar à medida que a ação do especialista passa a colaborar para a realização do diagnóstico diferencial entre etiologia orgânica ou psíquica, além de facilitar o manejo de pacientes que estão sob situações psíquicas mais graves como tentativa de suicídio e psicoses funcionais entre outras. Frequentemente, alguns transtornos mentais são subdiagnosticados, sobretudo, quando não interferem no funcionamento da enfermaria (Botega, 2006).

Nos hospitais gerais os transtornos mentais mais prevalentes costumam ser: transtornos mentais orgânicos, transtornos do humor, incluindo depressão e ansiedade, uso nocivo e dependência de derivados etílicos, transtorno de personalidade, além de alterações cognitivas (Botega, 2006).

Estudos brasileiros realizados entre 1985 e 1999, sobre interconsulta psiquiátrica, com pacientes internados em hospitais gerais, revelaram taxas de encaminhamento entre 0,5% e 5% e os principais diagnósticos psiquiátricos foram: transtorno cerebral orgânico, reação de ajustamento, transtorno de personalidade, transtorno depressivo, transtorno de ansiedade e transtorno somatoforme (Kerr Corrêa & Silva, 1985; Millan *et al.*, 1986; Magdaleno & Botega, 1991; Smaira *et al.*, 2003).

Smaira e colaboradores (2003) realizaram em um hospital geral um estudo caso-controle (casos: pacientes encaminhados para interconsulta psiquiátrica; controle: pacientes sem encaminhamento para interconsulta psiquiátrica) envolvendo 141 pacientes (47 casos e 94 controles). Estes autores observaram que alterações de comportamento com manifestações de exaltação e depressivas motivaram os pedidos de interconsulta psiquiátrica. Noventa e seis por cento dos casos e 28% dos controles receberam um diagnóstico psiquiátrico, prevalecendo os transtornos orgânicos e alcoolismo no grupo de casos, e os transtornos de ansiedade e depressivos no grupo controle.

O maior estudo realizado até o momento em hospitais brasileiros envolveu 4.352 pacientes internados consecutivamente em enfermarias clínicas e cirúrgicas. O estudo evidenciou, através da aplicação de questionários padronizados, prevalências de 16,9% abuso de nicotina, 14% depressão e 9,8% dependência de álcool (Botega *et al.*, 2010).

No Brasil, há poucos estudos sobre prevalência de transtornos mentais entre pacientes ambulatoriais. Um inquérito epidemiológico realizado no Hospital Universitário Pedro Ernesto no Rio de Janeiro, com 393 pacientes atendidos em especialidades médicas evidenciou uma morbidade de quase 40% de transtornos mentais. A frequência observada foi de: Transtorno de Ansiedade Generalizada Atual (23%), Transtorno de Somatização (9%), Episódio Depressivo Atual (16%), Dependência ou Uso Nocivo de Álcool (6%), Distímia Atual (2,5%), Agorafobia Atual (2,5%) (Villano, 1998).

Fortes e colaboradores (2008) estudaram a prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes acompanhados no Programa de Saúde da Família em Petrópolis no Rio de Janeiro no período entre agosto e dezembro de 2002. Detectou-se prevalência de 56% de transtornos mentais. Os transtornos mentais mais frequentes em 215 pacientes foram: transtornos ansiosos (40%), depressivos (45%), somatoformes (22%) e dissociativos (20%).

1.2 Doenças Infecciosas e Comorbidades Psiquiátricas

As doenças infecciosas podem causar ou agravar transtornos mentais em decorrência de efeitos diretos no sistema nervoso central (SNC), como resposta individual ao adoecimento, alteração da imunidade com surgimento de infecções oportunistas ou em função de efeitos colaterais do tratamento específico (Ferrando & Freyberg, 2008). Por exemplo, as infecções virais como por HIV e HTLV, podem determinar mudanças progressivas e persistentes nas funções cognitivas e emocionais. A disfunção neuronal induzida por vírus altera o comportamento e pode precipitar condições psiquiátricas no contexto de cérebros vulneráveis ou de predisposição genética. Doenças parasitárias como a doença de Chagas podem acometer o SNC na fase aguda ou crônica. Além disso, características de personalidade, suporte familiar, circunstâncias sociais e econômicas parecem despertar de maneira individual o adoecimento (Botega, 2006; Ferrando & Freyberg, 2008).

1.2.1 Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)

A infecção pelo HIV cursa com amplo espectro de apresentações clínicas, desde a fase aguda (que pode ser assintomática, oligossintomática ou manifestar-se como síndrome retroviral aguda), até a fase avançada da doença, com as manifestações definidoras da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids). O tempo para o desenvolvimento da aids após a soroconversão é de, em média, dez anos. Entre as infecções oportunistas destacam-se: pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* (antigamente *P. carinii*), toxoplasmose do SNC, tuberculose pulmonar ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus. Além das infecções e das manifestações não-infecciosas, o HIV pode causar doenças por dano direto a certos órgãos ou devidas a processos inflamatórios, tais como miocardiopatia, nefropatia e neuropatias que podem estar presentes durante toda a evolução da infecção pelo HIV (Bacchetti & Moss, 1989; Niu *et al.*, 1993).

Até 2009, segundo dados do programa de HIV/Aids das Nações Unidas (UNAIDS), o número de pessoas vivendo com HIV foi estimado em 33,3 milhões. Dentre estes 15,9 milhões eram mulheres (UNAIDS, 2009). No Brasil, dados atualizados até junho de 2010, contabilizaram 592.914 casos registrados desde 1980. A taxa de incidência oscilou em torno de 20 casos de aids por 100 mil habitantes. Em 2009, foram notificados 38.538 casos da doença. O maior número de casos acumulados estava concentrado na região Sudeste (58%) (Brasil, Programa Nacional de DST/AIDS, 2010).

Desde o começo da epidemia, na década de 80, transtornos mentais e uso abusivo de substâncias têm sido associados ao HIV (Evans *et al.*, 2002). Aproximadamente, 20 a 52% dos pacientes HIV positivos possuíam um ou mais diagnósticos de transtornos mentais, cerca de duas a três vezes mais do que na população em geral (Bing *et al.*, 2001). Um estudo controlado de Adewuya e colaboradores desenvolvido na Nigéria em 2007, utilizando o instrumento *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), evidenciou prevalência de transtornos mentais de 59,1% nos pacientes com diagnóstico de aids, comparada a 19,5%, entre pessoas soronegativas, respectivamente (OR =5,95; IC 95%: 3,02 a 11,75).

Alguns estudos apontam que os transtornos mentais mais frequentes em indivíduos infectados pelo vírus HIV são transtornos de humor (Ciesla & Roberts, 2001), uso abusivo e/ou dependência de substâncias e álcool (Fiellin, 2004), transtornos ansiosos e transtornos do espectro da psicose (Sewell *et al.*, 2000).

Um estudo de prevalência e comorbidade psiquiátrica com 152 pacientes, conduzido nos Estados Unidos, em 2008, baseado nos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Quarta Edição (DSM-IV) evidenciou 32% de transtornos depressivos, 22% de uso abusivo e ou dependência de substâncias e 21% de transtorno de ansiedade. Metade destes pacientes preencheu critérios para múltiplos e simultâneos diagnósticos (Gaynes *et al.*, 2008).

Em pacientes infectados pelo HIV, o transtorno de personalidade *borderline* parece ser o mais prevalente (Perkins *et al.*, 1993). As características de tal transtorno predis põem o indivíduo a relações sexuais desprotegidas, uso abusivo de álcool e outras drogas, além de baixa adesão a terapia antirretroviral de alta potência (Sternhell & Corr, 2002; Bruce & Altice, 2007; Morgan & Rossi, 2007).

A infecção pelo HIV é frequentemente associada a transtornos mentais, possivelmente devido ao tropismo do vírus pelo SNC, e também pelo impacto psicológico do diagnóstico e da evolução da infecção nos indivíduos afetados (Chandra *et al.*, 2005).

Com a progressão da doença, a frequência do diagnóstico de depressão aumenta, chegando a ser mais importante do que em outras doenças terminais. O diagnóstico e tratamento dos transtornos depressivos são fundamentais para melhorar a qualidade de vida desses pacientes (Malbergier & Schöffel, 2001). Ideação suicida também é frequente nessa população (Robertson *et al.*, 2006; Carrico *et al.*, 2007). Períodos mais vulneráveis para o suicídio costumam ser: notificação de sorologia positiva, desenvolvimento das doenças definidoras de aids, introdução ou modificação de terapia antirretroviral e morte do companheiro (a) ou amigo (a) próximo (a) (Grassi *et al.*, 1999; Komiti *et al.*, 2001; Sherr *et al.*, 2007). Indivíduos com diagnóstico de transtorno de personalidade apresentam elevado risco de suicídio independente do “status” sorológico (Haller & Miles, 2003).

Pelo menos dois estudos sugerem que a presença de comorbidade psiquiátrica em pessoas infectadas pelo HIV, está associada a uma menor qualidade de vida, baixa adesão ao tratamento, progressão mais rápida para imunodeficiência e aumento de mortalidade (Horberg *et al.*, 2008; Leserman, 2008).

Eventos adversos neuropsiquiátricos não são raros em pacientes que fazem uso de terapia antirretroviral, principalmente naqueles que utilizam esquemas combinados contendo, por exemplo, o medicamento antirretroviral efavirenz. Estes eventos são constituídos principalmente por distúrbios do sono, transtornos do humor e sintomas como tonteira ou confusão mental. Na maioria dos pacientes, estes efeitos surgem ao longo do primeiro mês de tratamento e, geralmente, desaparecem em curto prazo. Intervenções neurocomportamentais podem melhorar a tolerabilidade e adesão. Como a maioria dos eventos adversos ocorre durante o primeiro mês de tratamento, as intervenções neurocomportamentais, que podem ser tão simples como o fornecimento de informações adequadas, podem ajudar os pacientes a adaptarem-se ao seu tratamento. No entanto, uma abordagem farmacológica pode ser utilizada incluindo uso de benzodiazepínicos, antidepressivos e antipsicóticos sendo recomendado acompanhamento com psiquiatra (Arendt *et al.*, 2007; Munoz-Moreno *et al.*, 2009).

Déficits cognitivos em pacientes infectados pelo HIV são detectados em estágios precoces da infecção e aumentam consideravelmente com a progressão da mesma (Justice *et al.*, 2004). Um grupo de trabalho convocado pelos Institutos Nacionais de Saúde Mental dos Estados Unidos descreveu três distúrbios cognitivos associados ao HIV: (1) comprometimento neurocognitivo assintomático, (2) alteração cognitiva leve, e (3) demência associada ao HIV. A categoria de deficiência cognitiva assintomática engloba uma parte substancial de doentes infectados pelo HIV com insuficiência comprovada em testes neuropsicológicos, mas com pouca ou nenhuma alteração funcional perceptível. Os dois últimos apresentam sintomas cognitivos e comportamentais associados com incapacidade funcional (leve na desordem cognitiva leve, e de moderada a grave na demência associada ao HIV) (Antinori *et al.*, 2007).

1.2.2 Vírus T-linfotrópico humano tipo 1 (HTLV-1)

O vírus T-linfotrópico humano tipo 1 (HTLV-1) foi isolado em 1980, de um paciente com linfoma cutâneo de células T, como primeiro retrovírus humano (Poiesz *et al.*, 1980).

O HTLV-1 apresenta ampla distribuição mundial com aproximadamente 10- 20 milhões de pessoas infectadas pelo vírus, sendo endêmico no Japão, parte da África Central, Caribe e América do Sul (Edlich *et al.*, 2000). No Brasil, estima-se que aproximadamente 2,5 milhões de pessoas sejam portadoras do vírus (Carneiro-Proietti *et al.*, 2002). Ele é responsável por doenças do SNC mediadas imunologicamente, e por inúmeras manifestações clínicas como linfoma cutâneo de células T, uveíte, dermatite infecciosa, síndrome Sjögren, artropatia, polimiosite, tireoidite, alveolite linfocitária (Proietti *et al.*, 2005). O quadro neurológico clássico da infecção pelo HTLV-1 é a paraparesia espástica tropical/Mielopatia (Araujo & Silva, 2006). O hospedeiro ao tentar reagir ao agente infeccioso desenvolve uma resposta pró-inflamatória exagerada que ocasiona dano ao tecido nervoso (Martins *et al.*, 2006). A paraparesia espástica tropical/Mielopatia costuma acometer principalmente mulheres e adultos jovens. Desenvolve-se em menos de 4% dos pacientes infectados (Orland *et al.*, 2003). É caracterizada por fraqueza muscular proximal e progressiva, espasticidade nos membros inferiores associada a distúrbios esfinterianos e sensitivos.

A associação entre infecção crônica pelo vírus HTLV-1 e transtornos mentais foi pouco estudada (Stumpf *et al.*, 2006, Stumpf *et al.*, 2008). Proietti (2000) relatou a presença de sintomas depressivos em indivíduos infectados pelo HTLV-1, acompanhados em estudo de coorte aberta prevalente de doadores de sangue soropositivos em um hemocentro de Minas Gerais. Resultados de um estudo em indivíduos da coorte citada sugeriram maior prevalência de depressão nos portadores do HTLV-1 (45,5%), comparados aos doadores de sangue soronegativos (18,8%) ($p=0,05$) (Stumpf *et al.*, 2005).

Estudo observacional conduzido no ano de 2007 em Salvador, Bahia, com 50 pacientes soropositivos para o HTLV-1, utilizou o *Mini International Neuropsychiatric Interview* para avaliar a frequência de transtornos mentais

entre tais pacientes: 42% (21 pacientes) preencheram critérios diagnósticos para comorbidades psiquiátricas; destes 34% (17 pacientes) apresentaram transtornos de humor, 22% (11 pacientes) transtorno de ansiedade e 2% (um paciente) dependência de álcool (Carvalho *et al.*, 2009).

Tanto a paraparesia espástica tropical/Mielopatia quanto à infecção assintomática têm sido associadas a déficits cognitivos leves (Cartier & Gomaz, 1999). O interesse por distúrbios cognitivos associados ao HTLV-1 começou após diversos relatos de lesões na substância branca cerebral evidenciadas em ressonância nuclear magnética (Cartier *et al.*, 1992; Castillo *et al.*, 1995). Silva e colaboradores (2003) compararam tanto portadores assintomáticos do vírus quanto pacientes com diagnóstico de paraparesia espástica tropical/Mielopatia com indivíduos saudáveis através de testes neuropsicológicos e observaram que em ambos os casos o desempenho foi menor do que no grupo controle. Lentificação psicomotora, déficit de atenção e da habilidade visual-espacial são relatados (Araujo & Silva, 2006).

1.2.3 Doença de Chagas

A doença de Chagas é uma infecção parasitária provocada pelo protozoário flagelado *Trypanosoma cruzi*, um organismo que é endêmico na América Latina (Moncayo, 1999). A doença foi inicialmente descrita pelo cientista brasileiro Carlos Chagas em 1909 e atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 10 milhões de pessoas estejam infectadas (Organização Mundial de Saúde, 2010). Na América Latina, a prevalência da doença varia entre 1 a 6% e estima-se em 50.000 novos casos por ano (Moncayo & Silveira, 2009). No Brasil, existem cerca de três milhões de pacientes portadores de doença de Chagas. A forma de transmissão mais importante, responsável por cerca de 80% dos casos hoje considerados crônicos era a vetorial, mais freqüente nas áreas rurais. Nos últimos anos, as formas de transmissão vertical e oral ganharam importância epidemiológica, sendo responsáveis por grande parte dos casos identificados.

Em junho de 2006, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) da OMS forneceu ao Brasil certificação de reconhecimento da eliminação da transmissão da doença de Chagas pelo principal vetor (*Triatoma infestans*) e pela via transfusional.

Após a entrada do parasito no organismo, basicamente ocorrem duas etapas fundamentais na infecção humana pelo *T. cruzi* (Brasil, Ministério da Saúde, 2010):

Fase aguda (inicial) – predomina o parasito circulante na corrente sanguínea, em quantidades expressivas. As manifestações de doença febril podem persistir por até 12 semanas. Caracterizada por miocardite difusa, com vários graus de gravidade, às vezes só identificada por eletrocardiograma ou eco-cardiograma. Pode ocorrer pericardite, derrame pericárdico, tamponamento cardíaco, cardiomegalia, insuficiência cardíaca congestiva, derrame pleural. As manifestações clínicas mais comuns são: febre prolongada e recorrente, cefaléia, mialgias, astenia, edema de face ou membros inferiores, rash cutâneo, hipertrofia de linfonodos, hepatomegalia, esplenomegalia, ascite. A meningoencefalite, que é rara, tende a ser letal, e ocorre geralmente em casos de reativação (imunodeprimidos) ou em lactentes. Na fase aguda, os sinais e sintomas podem desaparecer espontaneamente evoluindo para a fase crônica ou progredir para formas agudas graves que podem levar ao óbito.

Fase crônica – existem raros parasitas circulantes na corrente sanguínea. Inicialmente, esta fase é assintomática e sem sinais de comprometimento cardíaco e/ou digestivo. Pode apresentar-se como uma das seguintes formas:

- Forma indeterminada – Forma crônica mais frequente. Paciente assintomático apresenta exame sorológico positivo, mas sem sinais de comprometimento do aparelho circulatório (clínica, eletrocardiograma e radiografia de tórax normais) e do aparelho digestivo (avaliação clínica e radiológica normais de esôfago e cólon). Esse quadro poderá perdurar por toda a vida da pessoa infectada ou pode evoluir tardiamente para a forma cardíaca, digestiva ou associada (cardiodigestiva).

- Forma cardíaca – Pode apresentar-se sem sintomatologia, apenas com alterações eletrocardiográficas, ou com insuficiência cardíaca de diversos graus, progressiva ou fulminante, arritmias graves, acidentes tromboembólicos,

aneurisma de ponta do coração e morte súbita. Essa forma ocorre em cerca de 30% dos casos crônicos e é a maior responsável pela mortalidade na doença de Chagas crônica.

- Forma digestiva – Caracterizada por alterações ao longo do trato digestivo, ocasionadas por lesões dos plexos nervosos (destruição neuronal simpática), com consequentes alterações da motilidade e morfologia que, frequentemente, evolui para megacólon ou megaesôfago. Ocorre em cerca de 10% dos casos.

- Forma associada (cardiodigestiva) – Ocorrência concomitante de lesões compatíveis com as formas cardíacas e digestivas.

- Forma congênita- A transmissão do *T. cruzi* ocorre principalmente após o terceiro mês de gestação, podendo ocorrer por via transplacentária (mais comum), pelo líquido amniótico e através do contato do sangue materno com as mucosas do recém-nato (intra-útero, durante ou após o parto). Incidência de 0,5% a 3% nos recém-natos de mães com doença crônica e de 71% nos recém-natos de mães na fase aguda da doença, onde a parasitemia é mais intensa e persistente. Pode passar despercebida em mais de 60% dos casos; em sintomáticos, pode ocorrer prematuridade, baixo peso, hepatoesplenomegalia e febre; há relatos de icterícia, equimoses e convulsões devidas à hipoglicemia. Meningoencefalite costuma ser letal.

Pacientes imunodeprimidos, como os portadores de neoplasias hematológicas, usuários de drogas imunodepressoras ou co-infectados pelo HIV, podem apresentar reativação da doença de Chagas. Esta reativação é caracterizada por grande proliferação parasitária e por manifestações clínicas semelhantes à fase aguda da doença podendo apresentar lesões cutâneas, miocardite, meningoencefalite e abscesso cerebral (Lury & Castillo, 2005, Cordova *et al.*, 2008).

O envolvimento do SNC na doença de Chagas pode ocorrer de forma aguda ou crônica. A fase inicial, aguda, da infecção pelo *T. cruzi* é usualmente assintomática e subclínica e somente uma pequena percentagem de casos desenvolve encefalite. As formas agudas sintomáticas acompanhadas de encefalite chagásica são graves, mais frequentemente observadas em crianças com menos de dois anos de idade. As manifestações agudas incluem confusão, cefaléia, hipertonia, convulsões e meningismo. Em geral, a

meningoencefalite é muito grave principalmente nesta faixa etária e na maioria das vezes leva ao óbito, resultante do próprio acometimento cerebral ou da miocardite chagásica aguda e insuficiência cardíaca, geralmente intensa e sempre presente. Os indivíduos com a forma aguda assintomática e a forma aguda sintomática leve, provavelmente, não apresentam infecção do SNC ou, em alguns casos, exibem encefalite discreta, em focos esparsos, com involução total das lesões ou, então, com persistência de nódulos inflamatórios relativamente insignificantes que podem representar lesões residuais da fase aguda (Pitella, 1993; Silva *et al.*, 1999; Cordova *et al.*, 2010).

O envolvimento do SNC na doença de Chagas crônica é controverso. Achados neurológicos da fase crônica foram relatados inicialmente por Carlos Chagas e eles incluíam alterações no desempenho cognitivo (Chagas, 1911 apud Pittella, 1993). Prost e colaboradores (2000) demonstraram um aumento da latência de detecção de potenciais evocados P300 e alterações eletroencefalográficas em 20% de pacientes portadores da doença. Os achados neurológicos não se correlacionaram com as alterações cardíacas observadas.¹ Wackermann e colaboradores (2008) relataram uma discreta e inespecífica perturbação funcional cortical e possíveis lesões na substância branca de pacientes chagásicos crônicos.

No entanto, estes estudos não são suficientes para definir claramente se estas alterações neurológicas representam uma verdadeira manifestação clínica da fase crônica da doença. A histopatologia pode mostrar encefalite granulomatosa em múltiplos focos em até 10% dos pacientes e em alguns deles, pode ser observado processo recente em atividade com presença de parasitas (Pitella, 1993).

Alterações isquêmicas cerebrais, incluindo eventos cardioembólicos também são descritas e podem ser consequência da hipoxemia decorrente de insuficiência cardíaca congestiva ou arritmias cardíacas (Sousa *et al.*, 2008).

¹ O P300 é abreviatura de potencial de voltagem positiva, e 300 representa 300 milissegundos pós-estímulo. O P300 é um potencial evocado, gerado a partir de uma tarefa de discriminação entre um estímulo "alvo" em meio a um estímulo frequente. A latência do P300 é um indicador de velocidade de processamento cortical. Ele gradualmente diminui com a idade e apresenta um prolongamento em quadros de comprometimento cognitivo (Oken, 1990).

De fato, Jesus e colaboradores (2010) estudaram uma população de pacientes com insuficiência cardíaca congestiva incluindo pacientes chagásicos crônicos, com objetivo de determinar preditores em tempo real de microembolismo cerebral, que pode representar um marcador de risco de acidente vascular cerebral. Na análise de regressão logística múltipla corrigida para idade e fração de ejeção do ventrículo esquerdo, doença de Chagas (OR = 1,15, IC 95% = 1,05-1,26) e histórico de acidente vascular cerebral (OR = 1,27, IC 95% = 1,08-1,50) foram fatores associados ao microembolismo cerebral independente da gravidade da doença cardíaca.

Ozaki e colaboradores (2011) avaliaram a qualidade de vida e sintomas depressivos em 110 pacientes com doença de Chagas de um ambulatório de referência, do Hospital de Clínicas, da Universidade Estadual de Campinas. Utilizaram o instrumento abreviado para qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL BREF) e o Inventário de Depressão de Beck. Da amostra total, 43% consideraram boa qualidade de vida e 50,5% consideraram-na como nem boa e nem ruim. Encontraram 40,9% pacientes com sintomas depressivos. Não houve diferença significativa comparando a intensidade dos sintomas depressivos com sexo, idade e estado civil.

Também são escassos os estudos na literatura sobre alterações cognitivas e psicossociais associados à doença de Chagas. Predominam os estudos com métodos socioantropológicos, que abordam representações, crenças, valores e comportamentos relacionados à doença, tendo por principal recurso as entrevistas e a observação participante buscando por meio da análise de conteúdo a compreensão das histórias e do estilo de vida dos portadores da doença de Chagas (William-Blangero *et al.*, 1999; Araujo *et al.*, 2000; Uchôa *et al.*, 2002).

Em relação aos estudos sobre alterações cognitivas, Hueb & Loureiro (2009) publicaram uma revisão sobre o assunto. Destacaram cinco principais artigos incluídos nesta categoria que pesquisaram predominantemente a inteligência em seus aspectos gerais e específicos, tais como a percepção, a memória, a atenção, e a psicomotricidade, trabalhando com a hipótese de que a doença de Chagas afeta o funcionamento cognitivo dos portadores. Dos cinco artigos analisados, quatro estudos do tipo caso-controle apontaram prejuízos cognitivos associados à doença de Chagas (Jörg *et al.*, 1972; Pereyra

et al., 1992; Mangone *et al.*, 1994a; Mangone *et al.*, 1994b) e identificaram tanto o comprometimento da inteligência geral quanto o da inteligência específica. No que diz respeito aos processos mnemônicos, dois artigos (Jörg *et al.*, 1972; Mangone *et al.*, 1994a) relataram também déficit de atenção. O único artigo que não identificou tal associação (Moncada *et al.*, 1987) utilizou um instrumento não padronizado para a população avaliada, a qual habitava a zona rural. Tese de doutorado de uma das autoras desta revisão evidenciou valores inferiores na avaliação do funcionamento cognitivo em um grupo de pacientes soropositivos para doença de Chagas quando comparados com controles soronegativos, residentes na mesma comunidade (Hueb, 2006).

Oliveira-Filho e colaboradores (2009) estudaram 73 pacientes com cardiomiopatia chagásica e não-chagásica, pareados por idade, sexo e grau de disfunção miocárdica. O volume cerebral mensurado na tomografia computadorizada do crânio foi menor em pacientes portadores da doença de Chagas ($1135 \pm 150 \text{ cm}^3$) comparados aos pacientes não-chagásicos ($1332 \pm 198 \text{ cm}^3$) ($p < 0,001$). Os autores sugerem que inflamação crônica sistêmica, mesmo na ausência de parasitos no SNC, pode ser a causa desta atrofia cerebral. Este resultado é a primeira documentação *in vivo* de um substrato anatômico para a presença de disfunção cognitiva entre pacientes portadores da doença de Chagas.

1.3 Diagnóstico Psiquiátrico

Apesar de terem ocorrido muitas mudanças nos sistemas classificatórios e avanços nos métodos diagnósticos, a entrevista continua sendo o principal recurso disponível para a obtenção de dados e avaliação do paciente em psiquiatria. É através desta que o médico observa e obtém informações sobre o funcionamento mental de um dado paciente que lhe permite concluir sobre a presença ou ausência de algum transtorno, avaliar o grau de comprometimento, bem como os aspectos da personalidade.

A entrevista é essencial para a realização dos tratamentos psiquiátricos, particularmente as psicoterapias. Por meio desta, o médico estabelece uma relação profissional com o paciente, criando o clima necessário para que possa haver um sentimento de confiança, expectativas positivas de ajuda, estabelecer um vínculo afetivo que dissipem os medos, e criar as condições para que o tratamento tenha sucesso. Por essas razões saber entrevistar é uma habilidade essencial para a prática da medicina em geral e da psiquiatria em particular, constituindo-se numa verdadeira arte, adquirida e aperfeiçoada com o exercício e a supervisão de professores ou colegas mais experientes (Cordioli, 2005).

A entrevista pode ser inteiramente estruturada ou padronizada, semi-estruturada, ou minimamente estruturada. Entretanto, todas têm alguma estrutura (no mínimo um tempo limitado e um determinado objetivo). O entrevistador pode ser totalmente diretivo quando aplica um questionário padronizado, ou com um mínimo de direcionamento em entrevistas cuja regra é a livre associação. As entrevistas de avaliação costumam ser mais abertas e menos estruturadas no início da avaliação e mais dirigidas ao final (Cordioli, 2005).

O padrão de referência para diagnóstico em psiquiatria para fins de pesquisa é constituído por instrumentos estruturados, com roteiros e questionários a serem preenchidos. Possuem validade de constructo baseada em estudos transculturais e multicêntricos, com confiabilidade e validade conhecidas (Amorim, 2000; Haro *et al.*, 2006). Exemplos de instrumentos utilizados na pesquisa psiquiátrica incluem: *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (Robins *et al.*, 1988; Haro *et al.*, 2006), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID I) (First *et al.*, 2002), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID II) (First *et al.*, 1997) e *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Amorim, 2000).

O *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) é um instrumento abrangente e totalmente padronizado que pode ser utilizado para avaliar os transtornos mentais de acordo com as definições e os critérios da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Edição (CID-10) e DSM-IV. Foi desenvolvido em 1980 como um projeto colaborativo entre a Organização Mundial de Saúde e os Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos. É destinado principalmente para uso como um instrumento

epidemiológico, aplicação em ensaios clínicos e centros de pesquisa. A versão mais recente é a 3.0. O CIDI é um instrumento estruturado com questões fechadas, que pode ser aplicado por não psiquiatras. Está disponível em versões computadorizada e impressa. Investiga diagnósticos ao longo da vida e nos últimos 12 meses. Sua aplicação pode demorar cerca de duas horas nos casos com múltiplos diagnósticos e o escore é obtido após digitação em *software* específico (Robins *et al.*, 1988; Haro *et al.*, 2006).

A *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I* (SCID-I), instrumento em formato semi-estruturado, realiza diagnósticos dos principais transtornos mentais do eixo I do DSM-IV. A *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (SCID-II), foi proposto no mesmo formato semi-estruturado para diagnóstico de Transtorno da Personalidade do eixo II do DSM-IV. Existem algumas versões do SCID: SCID-I-RV (versão de pesquisa), SCID-CT (ensaios clínicos), SCID-CV (versão clínica) e SCID-II. Para pesquisa, existem três versões: para indivíduos identificados como pacientes psiquiátricos (SCID-I/P), para triagem de transtornos mentais psicóticos (SCID-I/PW) e para estudos nos quais os indivíduos não são identificados como pacientes psiquiátricos (por exemplo, pesquisas na comunidade, estudos da família e investigação em cuidados de saúde primários) (SCID-I/NP). A SCID-CT é uma versão da SCID desenvolvida para uso em ensaios clínicos. A SCID-CV é uma adaptação do SCID que se destina a introduzir os benefícios da entrevista estruturada em ambientes clínicos e é recomendado para estudos em que se deseja simplesmente descrever as características diagnósticas de uma amostra. A SCID-II é uma versão da SCID desenvolvida para a avaliação de Transtornos de Personalidade do DSM-IV-TR (First *et al.*, 1997; First *et al.*, 2002). Existem versões computadorizada e impressa. O tempo de administração depende de muitos fatores incluindo a complexidade da história psiquiátrica e a capacidade do indivíduo em responder às perguntas de forma clara e sucinta. Sua aplicação em pacientes psiquiátricos pode demorar cerca de 90 minutos. A aplicação do SCID-II demanda um período de 30 minutos a 1 hora (First *et al.*, 1997; First *et al.*, 2002).

1.3.1 Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI e MINI-Plus)

Em cuidados primários, pesquisa e ensaios clínicos utiliza-se o MINI, que consiste em um instrumento padronizado breve para diagnósticos de transtornos psiquiátricos, validado internacionalmente, que com 19 módulos contempla os transtornos mentais mais prevalentes, sendo compatível com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e com o DSM-IV. Comparados a vários critérios de referência (CIDI, SCID-I/P, opinião de peritos), em diferentes contextos (unidades psiquiátricas e centros de atenção primária), o MINI e o MINI-Plus mostraram qualidades psicométricas similares a outros instrumentos diagnósticos padronizados mais complexos, permitindo uma redução de 50% ou mais no tempo da avaliação (Amorim, 2000).

O MINI-Plus foi desenvolvido conjuntamente por clínicos e psiquiatras da Europa e Estados Unidos (Weissman *et al.*, 1998), está disponível em trinta idiomas e a versão brasileira foi validada por Amorim (2000). O resultado desse estudo mostra que o MINI apresenta índices de confiabilidade e de validade comparáveis aos dos instrumentos referidos anteriormente, mas que pode ser administrado em um tempo muito mais curto (média= 18.7 ± 11.6 minutos; mediana = 15 minutos).

O MINI pode ser utilizado por médicos por médicos após uma formação breve. Os médicos não psiquiatras necessitam de uma formação mais intensiva. A versão Plus do MINI, mais detalhada, gera diagnósticos positivos dos principais transtornos psicóticos e do humor do DSM-IV (Amorim, 2000).

A versão brasileira validada do MINI-Plus apresenta sensibilidade de 0,64 (exceto para o transtorno depressivo maior atual); especificidade de 0,71; Valores preditivos: Negativo (VPN) de 0,84 e Positivo (VPP) de 0,60, exceto para os diagnósticos atuais de esquizofrenia (VPP: 0,44), transtornos psicóticos (VPP: 0,44) e transtornos do humor (VPP: 0,53); e eficiência de 0,76. A confiabilidade avaliada pela concordância entre avaliadores foi satisfatória tanto para as categorias diagnósticas (0,86 a 1) quanto para os sintomas psicóticos (0,62 a 0,95) examinados, exceto para o comportamento desorganizado (0,31). A concordância do MINI-Plus com o CIDI foi superior a 0,51 para os

diagnósticos avaliados, exceto para os transtornos psicóticos atuais (0,49) e a esquizofrenia atual (0,45) (Amorim, 2000).

O MINI-Plus explora 17 transtornos do eixo I do DSM-IV (todos os transtornos clínicos ou condições que podem ser um foco de atenção clínica, exceto transtornos da personalidade e retardo mental), o risco de suicídio e o transtorno de personalidade anti-social e de conduta. Estes transtornos são: Episódio Depressivo Maior, Transtorno Distímico, Episódio Maníaco, Transtorno do Pânico, Agorafobia, Fobia Social, Transtorno Obsessivo-compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Abuso / Dependência de Substâncias, Transtornos Psicóticos, Transtorno Bipolar I e II, Anorexia e Bulimia Nervosa, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Dismórfico Corporal, Transtorno Doloroso, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtorno de Ajustamento e Transtorno Disfórico Pré-Menstrual.

O MINI-Plus está dividido em módulos identificados por letras, cada um correspondendo a uma categoria de transtorno diagnóstico. 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 em um 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.

1.3.2 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Cognição expressa o processamento de informações pelo cérebro humano. São funções da cognição: atenção, memória, aprendizado, linguagem, resolução de problemas além de capacidade intelectual e psicomotora (Sherwin, 2003).

O rastreamento do déficit cognitivo frequentemente é realizado através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que foi desenvolvido por Folstein e colaboradores (1975) em pacientes psiquiátricos e foi denominado Mini porque

não avalia funções mentais como humor, alterações de pensamento e fenômenos sensoperceptivos. É um teste de aplicação relativamente fácil e rápido que permite rastrear distúrbios cognitivos com indício de organicidade cerebral, sendo útil para avaliar gravidade/intensidade do processo de eventual declínio cognitivo nos casos clínicos, no seguimento evolutivo de doenças e no monitoramento de resposta ao tratamento ministrado. Como instrumento de pesquisa, tem sido largamente empregado em estudos epidemiológicos populacionais (Fitcher *et al.*, 1995). Atualmente é a ferramenta de rastreio de alteração cognitiva mais utilizada no mundo (Rosselli *et al.*, 2000). O teste integra várias baterias neuropsicológicas, tais como: as do CERAD (*Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease*) (Morris *et al.*, 1989), CAMDEX (*Cambridge Mental Disorders of the Elderly Examination*) (Roth *et al.*, 1986) e SIDAM (*Structured Interview for the Diagnosis of Dementia of Alzheimer's type, Multiinfarct Dementia*) (Zaudig *et al.*, 1991), entre outras.

No Brasil, o MEEM foi traduzido por Bertollucci *et al.* (1994), os quais observaram que o escore total do teste dependia do nível educacional, estabelecendo assim em seu estudo escores limite que permitem o diagnóstico de déficit cognitivo nos vários níveis de escolaridade, principalmente nos mais baixos. Por ser a escala de avaliação cognitiva de maior utilização em nosso meio, já mereceu estudo nacional de validação para diagnóstico de demência em idosos atendidos em ambulatório de saúde mental que demonstrou sensibilidades de 77,8% e 80% e especificidades de 75,4% e 71%, utilizando-se os pontos de corte 23/24 para idosos com alguma escolaridade e de 19/20 para os analfabetos, respectivamente (Almeida, 1998). No entanto, ainda não existe consenso quanto ao melhor ponto de corte para populações com baixa escolaridade (Bertollucci *et al.*, 1994; Almeida, 1998; Caramelli *et al.*, 1999; Lourenço & Veras, 2006).

O MEEM é composto por 30 questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar “funções” cognitivas específicas: orientação para o tempo (0 a 5 pontos), orientação para o local (0 a 5 pontos), registro de três palavras (0 a 3 pontos), atenção e cálculo (0 a 5 pontos), lembrança das três palavras (0 a 3 pontos), linguagem (0 a 8 pontos) e capacidade construtiva visual (0 a 1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos.

Brucki e colaboradores (2003) conduziram estudo com modificações no instrumento para que este teste servisse para uso em ambiente hospitalar, consultório ou em estudos populacionais e para aplicação uniforme deste instrumento. Neste estudo com 433 indivíduos saudáveis, a escolaridade foi o principal fator que influenciou o desempenho no teste. Os escores medianos por escolaridade foram: para analfabetos, 20; para 1 a 4 anos de estudo, 25; de 5 a 8 anos, 26,5; de 9 a 11 anos, 28 e para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29.

2. JUSTIFICATIVA

O Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC), fundado no início do século XX, por Oswaldo Cruz, localizado no complexo da Fundação Oswaldo Cruz, em Manguinhos, na cidade do Rio de Janeiro recebe pacientes, em sua maioria, provenientes do Estado do Rio de Janeiro, sobretudo da capital e dos municípios de Duque de Caxias, Nova Iguaçu, São João de Meriti, Belford Roxo e São Gonçalo. Sua missão é contribuir para a melhoria das condições de saúde da população brasileira através de ações integradas de pesquisa clínica, desenvolvimento tecnológico, ensino e assistência de referência na área de doenças infecciosas.

Existem poucos estudos na literatura sobre comorbidades psiquiátricas e alterações cognitivas em pacientes ambulatoriais acompanhados em hospitais de referência, incluindo hospitais de doenças infecciosas.

Doenças crônicas como HIV/Aids, infecção pelo HTLV e doença de Chagas podem causar ou precipitar transtornos mentais em decorrência de efeitos diretos no SNC ou também como resposta individual ao adoecimento. Características de personalidade, suporte familiar, circunstâncias sociais e econômicas parecem despertar de maneira individual o adoecimento (Botega, 2006).

De janeiro de 2007 a maio de 2008, o ambulatório de psiquiatria do IPEC atendeu cerca de 450 pacientes portadores de doenças infecciosas, encaminhados pelos médicos assistentes, pela seção de psicologia ou outros profissionais de saúde, sendo a maioria destes provenientes dos Programas de Extensão Pesquisa-Serviço (PEPES) de aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (57%) e doença de Chagas (21%). Os outros pacientes estavam cadastrados nos seguintes PEPES: neuroinfecções / HTLV (5%), micoses (5%), leishmaniose (2%), tuberculose e outras micobactérias (1%), hanseníase (1%), doenças infecciosas em dermatologia (1%), doenças febris agudas/dengue (1%), outras doenças infecciosas (3%) e não portadores de doenças infecto-parasitárias (Não DIP) (3%).

Os transtornos mentais são reconhecidamente deflagradores de grande sofrimento psíquico, mas não são na maioria das vezes identificados pelo clínico (Botega, 2006).

Inúmeras são as vantagens do tratamento psiquiátrico a pacientes com morbidades orgânicas, podendo ser citadas, maior adesão ao tratamento clínico-medicamentoso, menor utilização de serviços médicos, melhora da qualidade de vida e recuperação mais rápida da doença clínica (Botega, 2006).

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar o perfil de comorbidade psiquiátrica em pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV, HTLV e doença de Chagas encaminhados ao ambulatório de Psiquiatria do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) da Fundação Oswaldo Cruz no período de fevereiro a dezembro de 2010.

3.2 Específicos

1. Descrever e comparar a frequência dos principais transtornos psiquiátricos maiores segundo diagnóstico clínico e dados sociodemográficos em pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV, HTLV e doença de Chagas.

2. Analisar a frequência de déficit cognitivo segundo dados clínicos e sociodemográficos.

4. MÉTODO

4.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo seccional com base em dados clínicos e de anamnese psiquiátrica estruturada.

4.2 Sujeitos do estudo

Pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV, HTLV e doença de Chagas atendidos no ambulatório de Psiquiatria do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

4.3 Casuística

O tamanho da amostra mínimo necessário para investigar os transtornos mentais mais frequentes foi calculado em 125 pacientes, considerando os cenários de frequências de transtorno depressivo em 14% e de transtornos ansiosos em 35%, obtidos de dados preliminares provenientes do SED do IPEC, com erro alfa de 5% e beta de 20%. No estudo foi utilizada amostra consecutiva de 125 pacientes encaminhados ao ambulatório de Psiquiatria no período de fevereiro a dezembro de 2010.

4.4 Critérios de Elegibilidade

4.4.1 Critérios de Inclusão

- a) Idade \geq 18 anos;
- b) Pacientes com uma ou mais consultas psiquiátricas e com diagnóstico de infecção pelo HIV, HTLV ou doença de Chagas conforme critérios do Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, Ministério da Saúde, 2010), com ou sem manifestações clínicas da doença de base;
- c) Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A).

4.4.2 Critérios de Exclusão

- a) Pacientes com diagnóstico clínico de retardo mental leve, moderado ou grave segundo critérios do DSM-IV (1995);
- b) Pacientes com alteração significativa do estado de consciência;
- c) Pacientes com deficiências auditiva e ou visual que impossibilitassem a aplicação dos instrumentos utilizados nesta pesquisa.
- d) Pacientes com diagnóstico de acidente vascular encefálico, demência e leucoencefalopatia multifocal progressiva.

4.5 Instrumentos e variáveis

4.5.1 Questionário para coleta de dados sociodemográficos e clínicos

Os dados foram coletados em fichas padronizadas e incluíram informações sobre características sociodemográficas (ANEXO B) e clínicas.

Variáveis sociodemográficas selecionadas:

- sexo,
- idade completa em anos no momento da entrevista,
- cor (não-branca/branca),
- naturalidade (por regiões do Brasil),
- escolaridade em anos de estudos concluídos (analfabeto, 1-4, 5-8, 9-11, ≥ 12 anos),
- situação conjugal (solteiro (a), casado (a) / união estável, separado (a)/divorciado (a)/viúvo (a)), posteriormente reagrupada em união formal ou consensual (sim/não),
- reside com cônjuge, parceiro (a) e ou familiares (sozinho (a)/acompanhado (a))
- religião atual (sim/não),
- renda familiar de acordo com o salário mínimo vigente no Brasil à época da entrevista (< 2 salários/ ≥ 2 salários),
- domicílio (próprio, alugado ou outros),
- ocupação segundo a Classificação Brasileira de Ocupações em 10 níveis (CBO, 2010): 0- Forças Armadas, Policiais e Bombeiros Militares; 1- Membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes; 2- Profissionais das ciências e das artes; 3- Técnicos de nível médio; 4- Trabalhadores de serviços administrativos; 5- Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados; 6- Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca; 7- Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais; 8- Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais; 9- Trabalhadores de manutenção e reparação. Posteriormente reagrupada em três níveis: a) nível superior – grandes grupos 0, 1 e 2; b) técnico especializado – grande grupo 3; c) não especializados – grandes grupos 4 a 9 e d) do lar,
- trabalhando atualmente (sim/não),
- tempo de doença (em meses) da data do diagnóstico da infecção pelo HIV ou doença de Chagas até a data de início do acompanhamento psiquiátrico atual no IPEC,

- tratamentos psiquiátricos e internações anteriores (sim/não),
- tratamento psicológico (anterior/atual/não),
- uso de medicações psicotrópicas (anterior/atual/não).

O prontuário foi utilizado para extração de dados clínicos e diagnósticos registrados pelo médico assistente segundo a rotina de cada ambulatório especializado:

-Diagnóstico da doença de base (HIV, HTLV ou doença de Chagas) conforme critérios do Ministério da Saúde do Brasil (2010), classificação e fase clínica da doença de base:

-Categoria de exposição da infecção pelo HIV (sexual, transfusão sanguínea e ignorado),

A classificação clínica da infecção pelo HIV foi realizada no momento da entrevista utilizando os critérios publicados pelo CDC (*Centers for Diseases Control and Prevention*) (CDC, 1993). Posteriormente, os pacientes foram classificados em assintomáticos (categoria A) ou sintomáticos (categorias B ou C).

-Classificação das formas de doença de Chagas: cardíaca, digestiva, associada (cardíaca e digestiva), indeterminada (Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2005)

-Manifestação clínica da infecção pelo HTLV (sim/não) (Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2003),

- datas de exames sorológicos,
- presença de outras comorbidades clínicas,
- uso de medicamentos psicotrópicos e não psicotrópicos contemporâneos ao momento da entrevista,

- Parâmetros imunológicos e virológicos mais próximos da entrevista:

. contagem de subpopulação linfocitária CD4+ (células/mm³), posteriormente reagrupados em: < 200 células/mm³; 200-499 células/mm³ e ≥ 500 células/mm³.

. carga viral para o vírus HIV (cópias/mL) (≤ 400 cópias/mL-indetectável/> 400 cópias/mL).

4.5.2 Instrumentos padronizados

4.5.2.1 *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (MINI-Plus)*

No presente estudo foi utilizada a versão Plus 5.0 (ANEXO C) para o diagnóstico padronizado de transtornos mentais que investiga também se os sintomas podem ser imputáveis a uma causa orgânica ou ao uso de medicamentos, droga ou álcool. Dividido em módulos identificados por letras, cada um corresponde a uma categoria diagnóstica. Explora 17 transtornos mentais do eixo I do DSM-IV, além de risco de suicídio e transtorno de personalidade anti-social. O risco de suicídio é avaliado por meio de cinco perguntas, abrangendo o período relativo aos 30 dias anteriores à entrevista. É definido segundo a seguinte pontuação final: baixo (1 a 5 pontos), moderado (6 a 9 pontos) ou alto (≥ 10 pontos) segundo pontuação que varia de 0 a 33. No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto para o módulo Transtornos Psicóticos), estão agrupados os critérios principais do transtorno mental. Nesta pesquisa foi utilizado critério de redução de múltiplos diagnósticos segundo algoritmo próprio do MINI-Plus.

4.5.2.2 *Mini Exame do Estado Mental (MEEM)*

O MEEM é composto por 30 questões agrupadas em sete categorias, que avaliam “funções” cognitivas específicas. O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos. No presente estudo foi adotado o ponto de corte de acordo com a escolaridade proposto por Brucki *et al.* (2003) (ANEXO D): 20 para analfabetos; 25 para indivíduos com 1 a 4 anos de estudos; 26 para aqueles com 5 a 8 anos de estudos; 28 para 9 a 11 anos de estudos e 29 para 12 ou mais anos de estudos concluídos. A versão do MEEM sugerida por Brucki *et al.* (2003), é a versão recomendada pelo Departamento científico de neurologia cognitiva e do envelhecimento da

Academia Brasileira de Neurologia. A recomendação do departamento teve o objetivo de uniformizar, evitar adaptações, formas diferentes de aplicação, possibilitar a comparação de dados e união dos dados para estudos multicêntricos (Nitrini *et al.*, 2005).

O MEEM foi o instrumento eleito para o presente estudo por ser um teste amplamente difundido na prática médica diária e por ser um teste que afere rapidamente os grandes domínios cognitivos. A versão utilizada no presente estudo foi a de Brucki e colaboradores (2003).

4.6 Procedimentos

Os pacientes foram avaliados de forma consecutiva no período de fevereiro a dezembro de 2010. Os pacientes que preencheram os critérios de inclusão e que não se enquadraram nos critérios de exclusão foram convidados a participar do estudo. Os pacientes foram entrevistados em sala disponível para consultas individuais. Cada avaliação durou entre uma hora e uma hora e meia dependendo do paciente. Foram realizadas de uma a três avaliações por dia de trabalho conforme o número de pacientes e o tempo de entrevista. Seguiu-se uma sequência nas entrevistas, que foi: aplicação do TCLE, preenchimento da ficha de dados sociodemográficos e clínicos e em seguida, aplicação dos instrumentos MINI- Plus e MEEM. A avaliação psiquiátrica de todos os pacientes foi realizada pela psiquiatra coordenadora deste estudo (PMQG) que recebeu treinamento prévio na aplicação do MINI-Plus oferecido pela Profa. Patrícia Amorim (ANEXO E).

4.7 Análise Estatística

Os dados sociodemográficos e clínicos foram digitados no programa Epi_Data, versão 3.1 (Lauritsen *et al.*, 2008) e posteriormente exportados para

análise estatística para o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 para *Windows* (SPSS inc., 2008).

A variável risco de suicídio foi analisada como presença ou ausência do risco agrupando todas as faixas (baixo, moderado ou alto) conforme módulo diagnóstico do MINI-Plus. Abuso/dependência de álcool e/ou substâncias psicoativas foram agrupadas e analisadas conforme a presença ou ausência destes diagnósticos.

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva com frequências simples e medidas de dispersão de todas as variáveis sociodemográficas, clínicas, diagnósticos psiquiátricos pelo MINI-Plus e pontuação obtida no MEEM, ajustada por escolaridade e categorizada como alterado e não alterado, conforme apropriado. Para testar a associação entre as variáveis categóricas sociodemográficas e clínicas com transtornos mentais mais prevalentes e MEEM, foram utilizados os testes qui-quadrado ou exato de Fisher (quando o número de eventos era menor que cinco), sendo estimadas as razões de chance (OR) com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC 95%) (Reichenheim & Coutinho, 2010).

Para verificar a normalidade das variáveis contínuas foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Na comparação de variáveis contínuas entre dois grupos, empregou-se o teste *t* de Student ou de Mann Whitney nas variáveis de distribuição não paramétricas. O nível de significância foi de 5%.

Análise de regressão logística múltipla foi realizada para identificar os fatores associados aos transtornos mentais mais frequentes e risco de suicídio e doença de base.

A seleção das variáveis baseou-se nos dados conhecidos da literatura (importância clínica), na plausibilidade biológica e na significância estatística (somente os fatores que se mostraram significativos na análise univariada com $p < 0,10$ foram incluídos no procedimento de regressão logística múltipla pelo método *stepwise (backward)* de seleção.

A importância de cada variável na sua contribuição para o modelo foi verificada através do teste de Wald e pelo teste de razão de verossimilhança entre os modelos. Também foi avaliada presença de interação entre as variáveis. O ajuste do modelo foi avaliado pelo *goodness of fit test* (Hosmer & Lemeshow, 2000). Nos modelos múltiplos, todas as variáveis selecionadas a

partir da análise exploratória foram testadas e, no modelo final, permaneceram aquelas estatisticamente significativas a 5%.

4.8 Considerações Éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa em seres humanos do IPEC em 16/11/2009 sob o número 0063.0.009.000-09 (Parecer 067/2009) e está de acordo com a resolução 196/96 (ANEXO F).

Foram respeitados os princípios de bioética a seguir:

(1) Autonomia: O TCLE explicita o caráter estritamente voluntário desta pesquisa, ressaltando que a recusa em participar ou a interrupção da participação não implicará em qualquer prejuízo para o paciente;

(2) Beneficência: ponderação de riscos e benefícios, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, ressaltando as informações relevantes do estudo e as proposições futuras dele provenientes. O texto do TCLE esclarece que não há benefício direto e imediato desta pesquisa para os participantes, embora os resultados possam a médio e longo prazo beneficiar outros pacientes semelhantes e a sociedade em geral;

(3) Não maleficência: para proteção da confidencialidade dos dados informados pelos participantes, o estudo aplicou questionários de forma anônima, que serão mantidos em armários trancados com acesso restrito à equipe do estudo; a divulgação de resultados será realizada através de dados consolidados, sem menção de casos individuais e com utilização das informações geradas apenas para esta pesquisa;

(4) Justiça e equidade: trata-se de um tema de pesquisa relevante para os pacientes atendidos com doenças infecciosas e que permite a inclusão e atendimento de necessidades específicas relativas à saúde mental, sem restrição de sexo, renda, nível educacional e adultos (>18 anos).

5. RESULTADOS

5.1 Características sociodemográficas da população do estudo

Entre fevereiro e dezembro de 2010, foram atendidos 371 pacientes no ambulatório de Psiquiatria do IPEC. A tabela 1 mostra a distribuição dos pacientes de acordo com os Programas de Extensão Pesquisa-Serviço (PEPES).

Tabela 1: Distribuição dos pacientes encaminhados ao ambulatório de psiquiatria segundo Programas de Extensão Pesquisa-Serviço (N=371), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010

Características Clínicas	n	%
Aids e outras DST	222	59,8
Doença de Chagas	79	21,3
Não DIP	21	5,7
Doenças Infecciosas em Neurologia/HTLV	19	5,1
Leishmanioses	9	2,4
Micoses	7	1,9
Doenças Infecciosas em Dermatologia	4	1,1
Outras DIP	3	0,8
Doenças Febris Agudas/Dengue	2	0,5
Doenças Infecciosas em Otorrinolaringologia	2	0,5
Tuberculose e Outras Micobactérias	2	0,5
Doenças Infecciosas em Oftalmologia	1	0,3
Total	371	

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis
DIP: Doenças Infecto-Parasitárias

Foram consecutivamente incluídos no estudo 125 pacientes encaminhados pelos médicos assistentes assim distribuídos: 74 (59,2%) pacientes com HIV/AIDS, 40 (32,0%) com doença de Chagas, nove (7,2%) com infecção pelo HTLV e dois (1,6%) com co-infecção HIV/HTLV.

A maioria dos pacientes entrevistados eram mulheres (64,0%), com até oito anos de escolaridade (56,0%), com renda familiar igual ou superior a dois salários mínimos (54,4%), com domicílio próprio (68,0%) e que não estavam trabalhando no momento da entrevista (81,6%). A mediana de idade (intervalo interquartil) dos homens foi de 48 anos (41,0-52,5) e das mulheres 49 (42,3-59,0). Estas e outras características sociodemográficas da população estudada estão exibidas na tabela 2.

Dos pacientes que não estavam trabalhando no momento da entrevista, 27 (26,5%) estavam aposentados pela doença de base e somente nove (8,8%) por tempo de serviço, outros 27 (26,5%) recebiam auxílio doença. Apenas dois pacientes estavam aposentados em função de transtorno mental.

Tabela 2: Distribuição das características sociodemográficas da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010

Dados sociodemográficos		
	n	%
Sexo		
Feminino	80	64,0
Masculino	45	36,0
Cor		
Não Branca	64	51,2
Branca	61	48,8
Naturalidade		
Sudeste	89	71,2
Nordeste	32	25,6
Sul /Centro-Oeste	4	3,2
Anos de Escolaridade		
Analfabeto	14	11,2
1-4 anos	21	16,8
5-8 anos	35	28,0
9-11 anos	24	19,2
≥ 12 anos	31	24,8
União formal ou consensual		
Não	65	52,0
Sim	60	48,0
Reside		
Sozinho (a)	20	16,0
Acompanhado(a)*	105	84,0
Religião atual		
Sim	101	80,8
Não	24	19,2
Renda Familiar		
< 2 salários mínimos	57	45,6
≥ 2 salários mínimos	68	54,4
Domicílio		
Próprio	85	68,0
Alugado	28	22,4
Outros	12	9,6
Ocupação		
nível superior	14	11,2
técnico especializado	4	3,2
não especializados	87	69,6
do lar	20	16,0
Trabalhando atualmente		
Sim	23	18,4
Não	102	81,6

* Cônjuge/parceiro (a) e ou familiares

5.2 Características clínicas da população do estudo

Dos 125 pacientes incluídos, 19 (15,2%) não apresentaram uma comorbidade clínica no momento da entrevista. A maioria dos pacientes apresentou de duas a três comorbidades clínicas, sendo as mais frequentes: hipertensão arterial sistêmica: 42 (33,6%); dislipidemia: 32 (25,6%); miocardiopatia/arritmia cardíacas/alterações eletrocardiográficas: 31 (24,8%); diabetes mellitus tipo 2: 10 (8,0%); polineuropatia/neuropatia periférica: 10 (8,0%); obesidade: sete (5,6%); lipodistrofia: sete (5,6%); enxaqueca: seis (4,8%) e hepatite C crônica: seis (4,8%).

Dois terços dos portadores de doença de Chagas apresentavam a forma cardíaca. Predominaram pacientes de aids, com quadro clínico estável, com 84,2% apresentando carga viral inferior ou igual a 400 cópias/mL (indetectável) e mais da metade (59,2%) com CD4 igual ou superior a 500 células/mm³. Outras variáveis clínicas dos pacientes portadores da infecção pelo HIV, doença de Chagas e HTLV são apresentadas na tabela 3.

Tabela 3: Distribuição das características clínicas da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010

Características Clínicas		n	%
HIV*			
Categoria de Exposição			
Sexual		73	96,1
Transfusão		1	1,3
Sem informação		2	2,6
Manifestação da doença			
Assintomático		17	22,4
Sintomático		59	77,6
CD4+ (células/mm ³)			
0-199		3	4,0
200-499		28	36,8
≥ 500		45	59,2
Cargal viral (cópias/mL)			
≤ 400		64	84,2
> 400		12	15,8
Uso atual de Esquema Antirretroviral			
Sim		67	88,2
Não		9	11,8
Chagas			
Formas Clínicas			
Cardíaca		25	62,5
Digestiva		2	5,0
Associada (Cardíaca e Digestiva)		5	12,5
Indeterminada		8	20,0
HTLV*			
Manifestação clínica da doença			
Sim		6	54,5
Não		5	45,5

* Incluindo 2 pacientes com co-infecção HIV/HTLV

A distribuição da mediana do tempo em meses (intervalo interquartil) do conhecimento do diagnóstico da doença de base até a data do início do acompanhamento psiquiátrico foi: HIV: 58,5 (14,4 – 139,7), HTLV: 69,4 (10,9 – 109,6) e doença de Chagas: 80,9 (31,1 – 171,2) meses. A maioria dos pacientes já estava em acompanhamento psiquiátrico no momento da entrevista do estudo com uma mediana de 11 (4,0-17,0) consultas prévias no ambulatório de psiquiatria.

5.3 Aspectos do tratamento psiquiátrico/psicológico e uso de psicofármacos

A maioria dos pacientes (96,0%) estava em uso de psicofármacos no momento da entrevista. A mediana do número de medicamentos utilizado por paciente foi de dois (mínimo um-máximo quatro). A mediana do tempo de uso de psicofármacos foi 46,0 (27,0-72,0) meses. Os medicamentos mais utilizados foram da classe dos benzodiazepínicos 98 (81,7%) e antidepressivos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) 84 (70,0%). Vinte e oito (23,3%) pacientes usavam antidepressivos tricíclicos, 15 (12,5%) anticonvulsivantes estabilizadores do humor e 12 pacientes (10,0%) recebiam antipsicóticos típicos.

A maioria não fez tratamento psiquiátrico ambulatorial prévio (68,8%) e não relatou internação psiquiátrica (91,2%). Pouco mais da metade já se submeteu a terapia psicoterápica (52,0%) e somente 17 (13,6%) pacientes estavam recebendo suporte psicológico ou psicoterápico no momento da entrevista (tabela 4).

Tabela 4: Aspectos do tratamento psiquiátrico/psicológico da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010

Tratamento Psiquiátrico/Psicológico		
	n	%
Tratamento psiquiátrico anterior		
Sim	39	31,2
Não	86	68,8
Internação psiquiátrica anterior		
Sim	11	8,8
Não	114	91,2
Tratamento psicológico ou psicoterapia		
Sim, anterior	65	52,0
Sim, atual	17	13,6
Não	43	34,4
Uso de psicofármacos		
Sim, anterior	4	3,2
Sim, atual	120	96,0
Não	1	0,8

5.4 Distribuição de Frequência dos Transtornos Psiquiátricos segundo o MINI-Plus

A tabela 5 apresenta a frequência dos diagnósticos psiquiátricos realizados com o MINI-Plus na população estudada. Observou-se uma mediana de 3 (mínimo 1-máximo 7) diagnósticos por paciente. Os diagnósticos mais frequentes foram: Agorafobia 65 (52,0%); Transtorno de Ansiedade Generalizada 29 (23,2%); Episódio Depressivo Maior (EDM) 56 (44,8%); Risco de Suicídio 71 (56,8%) (37 destes com risco baixo, 5 com risco moderado e 29 com risco alto); Abuso/Dependência de Álcool 26 (20,8%) e Abuso/Dependência de Substância (não álcool) 17 (13,6%).

Tabela 5: Distribuição da frequência dos transtornos psiquiátricos segundo o MINI-Plus* da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010

Transtornos Psiquiátricos	n	%
Transtornos do Humor		
Episódio depressivo maior (Atual) (2 semanas)	56	44,8
Episódio depressivo maior (Passado)	26	20,8
Transtorno distímico (Passado)	14	11,2
Transtorno bipolar I com características psicóticas (Passado)	6	4,8
Transtorno bipolar I com características psicóticas (Atual)	3	2,4
Transtorno do humor devido a condição médica geral (Passado)	2	1,6
Episódio maníaco devido a condição médica geral (Passado)	1	0,8
Transtorno depressivo maior com características psicóticas (Atual)	1	0,8
Transtorno depressivo maior com características psicóticas (Passado)	1	0,8
Transtorno do humor com características psicóticas (Vida inteira)	1	0,8
Transtornos de Ansiedade		
Agorafobia (Atual)	65	52,0
Transtorno de ansiedade generalizada (Atual) (últimos 6 meses)	29	23,2
Transtorno de pânico (Atual) (último mês)	15	12,0
Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) (Atual) (último mês)	15	12,0
Fobia específica (Atual)	11	8,8
Transtorno de pânico (Vida inteira)	11	8,8
Fobia social (Atual) (último mês)	3	2,4
Transtorno de estresse pós-traumático (Atual) (último mês)	3	2,4
Transtornos psicóticos		
Esquizofrenia (Vida inteira)	5	4,0
Transtorno psicótico induzido por substância (Vida inteira)	3	2,4
Transtorno psicótico SOE (Vida inteira)†	3	2,4
Transtorno psicótico (Vida inteira)	1	0,8
Transtornos somatoformes		
Transtorno doloroso (Atual)	4	3,2
Transtorno de somatização (Vida inteira)	1	0,8
Abuso/depedência de álcool‡		
Abuso/dependência de substância (Não álcool)‡	17	13,6
Risco de suicídio (Atual) (último mês)§		
Transtorno da personalidade anti-social (Vida inteira)	4	3,2
Transtorno de ajustamento (Atual)	1	0,8
Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (adultos)	2	1,6
Transtorno disfórico pré-menstrual (Atual)	1	0,8
Transtorno misto ansiedade-depressão (Atual)	1	0,8
Total de diagnósticos não mutuamente excludentes	403	

*MINI-Plus: *Mini-International Neuropsychiatric Interview*

† SOE: Sem Outra Especificação

‡ Agrupados: vida inteira e últimos 12 meses

§ Agrupados: risco de suicídio baixo, médio e alto

5.5 Fatores associados aos transtornos mentais mais frequentes

5.5.1 Agorafobia

Agorafobia estava diretamente associada ao paciente viver sozinho (OR=11,10), não diferindo quanto às demais características clínicas, psiquiátricas e sociodemográficas nesta amostra (tabelas 6 e 7). Há uma tendência ($p=0,08$) de uma maior mediana de tempo de diagnóstico (em meses) da doença de Chagas nos pacientes com diagnóstico de agorafobia.

Tabela 6: Fatores sociodemográficos e clínicos associados à agorafobia da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010 (variáveis categóricas)

	Sim		Não		OR bruta	IC 95%
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	24	36,9	21	35,0	1,09	0,52-2,26
Feminino	41	63,1	39	65,0	1	-
Cor						
Não Branca	33	50,8	31	51,7	0,97	0,48-1,95
Branca	32	49,2	29	48,3	1	-
Trabalhando atualmente						
Não	53	81,5	49	81,7	0,99	0,40-2,45
Sim	12	18,5	11	18,3	1	-
Possui alguma religião						
Sim	53	81,5	48	80,0	1,10	0,45-2,69
Não	12	18,5	12	20,0	1	-
União formal ou consensual						
Não	38	58,5	27	45,0	1,72	0,85-3,49
Sim	27	41,5	33	55,0	1	-
Reside						
Sozinho (a)	18	27,7	2	3,3	11,10	2,45-50,3
Acompanhado (a)	47	72,3	58	96,7	1	-
Renda Familiar						
< 2 salários mínimos	34	52,3	23	38,3	1,76	0,87-3,60
≥ 2 salários mínimos	31	47,7	37	61,7	1	-
Doença de Base						
HIV*	39	63,0	37	67,3	0,86	0,40-1,86
Chagas	22	36,1	18	32,7	1	-
Manifestação clínica HIV†						
Assintomático	7	17,9	10	27,0	0,59	0,20-1,76
Sintomático	32	82,1	27	73,0	1	-
Carga viral						
≤ 400 cópias/mL	32	82,1	32	86,5	0,71	0,21-2,49
> 400 cópias/mL	7	17,9	5	13,5	1	-
MEEM de acordo com escolaridade‡						
Alterado§	45	69,2	43	71,7	0,89	0,41-1,92
Não Alterado§	20	30,8	17	28,3	1	-

* Incluindo 2 pacientes com co-infecção HIV/HTLV;

† Assintomático: Categoria A; Sintomático: Categorias B e C (CDC, 1993);

‡ MEEM: Mini Exame do Estado Mental;

§ Conforme pontos de corte de Brucki et al., 2003;

OR: Odds Ratio; IC 95%: Intervalo de confiança 95%.

Tabela 7: Fatores sociodemográficos e clínicos associados à agorafobia da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010 (variáveis contínuas)

	Sim	Não	p-valor
Idade†	50,0 (10,7)	47,9 (10,8)	NS
Escolaridade†	6,8 (4,7)	8,1 (4,6)	NS
Contagem de CD4†	596,2 (294,8)	591,6 (272,5)	NS
Tempo de Tratamento Psiquiátrico (anos)†	2,7 (2,0)	2,8 (1,9)	NS
Tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV (em meses)*†	112,3 (72,3)	115,4 (87,6)	NS
Tempo de diagnóstico da doença de Chagas (em meses)§	143,5 (92,2-231,5)	85,6 (59,9-182,6)	0,08

* Incluindo 2 pacientes com co-infecção HIV/HTLV

† Média ± Desvio Padrão

§ Mediana (intervalo interquartil); ||Mann-Whitney

NS: Não Significativo

5.5.2 Episódio Depressivo Maior (EDM)

EDM não diferiu quanto às características clínicas, psiquiátricas e sociodemográficas nesta amostra (tabelas 8 e 9).

Tabela 8: Fatores sociodemográficos e clínicos associados a Episódio Depressivo Atual da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010 (variáveis categóricas)

	Sim		Não		OR bruta	IC 95%
	n	%	n	%		
Sexo						
Masculino	19	33,9	26	37,7	0,85	0,41-1,78
Feminino	37	66,1	43	62,3	1	-
Cor						
Não Branca	29	51,8	35	50,7	1,04	0,52-2,11
Branca	27	48,2	34	49,3	1	-
Trabalhando atualmente						
Não	45	80,4	57	82,6	0,86	0,35-2,13
Sim	11	19,6	12	17,4	1	-
Possui alguma religião						
Sim	43	76,8	58	84,1	0,63	0,26-1,54
Não	13	23,2	11	15,9	1	-
União formal ou consensual						
Não	30	53,6	35	50,7	1,12	0,55-2,27
Sim	26	46,4	34	49,3	1	-
Reside						
Sozinho (a)	11	19,6	9	13,0	1,63	0,62-4,27
Acompanhado (a)	45	80,4	60	87,0	1	-
Renda Familiar						
< 2 salários mínimos	30	53,6	27	39,1	1,80	0,88-3,67
≥ 2 salários mínimos	26	46,4	42	60,9	1	-
Doença de Base						
HIV*	35	70,0	41	62,1	1,42	0,65-3,11
Chagas	15	30,0	25	37,9	1	-
Manifestação clínica HIV[†]						
Assintomático	8	22,9	9	22,0	1,05	0,36-3,11
Sintomático	27	77,1	32	78,0	1	-
Carga viral						
≤ 400 cópias/mL	27	77,1	37	90,2	0,37	0,10-1,34
> 400 cópias/mL	8	22,9	4	9,8	1	-
MEEM de acordo com escolaridade[‡]						
Alterado [§]	40	71,4	48	69,6	1,09	0,50-2,37
Não Alterado [§]	16	28,6	21	30,4	1	-

* Incluindo 2 pacientes com co-infecção HIV/HTLV;

† Assintomático: Categoria A; Sintomático: Categorias B e C (CDC, 1993);

‡ MEEM: Mini Exame do Estado Mental;

§ Conforme pontos de corte de Brucki et al., 2003;

OR: Odds Ratio; IC 95%: Intervalo de confiança 95%.

Tabela 9: Fatores sociodemográficos e clínicos associados a Episódio Depressivo Atual da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010 (variáveis contínuas)

	Sim	Não	p-valor
Idade†	48,2 (9,4)	49,6 (11,7)	NS
Escolaridade†	7,7 (4,8)	7,2 (4,6)	NS
Contagem de CD4†	585,2 (278,5)	601,4 (288,7)	NS
Tempo de Tratamento Psiquiátrico (anos)†	2,5 (2,0)	3,0 (1,8)	NS
Tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV (em meses)*†	110,0 (73,2)	117,1 (85,5)	NS
Tempo de diagnóstico da doença de Chagas (em meses)§	143,5 (70,3-174,1)	95,0 (76,8-211,5)	NS

* Incluindo 2 pacientes com co-infecção HIV/HTLV

† Média ± Desvio Padrão

§ Mediana (intervalo interquartil)

NS: Não Significativo

5.5.3 Abuso e dependência de álcool e outras substâncias psicoativas

Os diagnósticos de abuso de álcool e/ou drogas estavam diretamente associados a não estar vivendo em união formal ou consensual (OR=3,33), ao diagnóstico de HIV (OR = 4,15) e a renda familiar inferior a dois salários mínimos (OR =2,59).

As variáveis sexo, união formal ou consensual, renda familiar, doença de base (HIV ou doença de Chagas) e tempo de tratamento psiquiátrico (em anos) foram incluídas no modelo logístico múltiplo. Perderam significância estatística sexo e união formal ou consensual (tabelas 10 e 11).

Permaneceram no modelo final associados ao abuso e dependência de álcool e/ou outras substâncias psicoativas: renda familiar inferior a dois salários mínimos (OR=2,64, IC95%: 1,03-6,75), doença de base (HIV) (OR=5,24, IC95%: 1,56-17,61) e maior tempo de tratamento psiquiátrico (OR=1,39, IC95%: 1,07-1,81) (tabela 10 e 11).

Tabela 10: Fatores sociodemográficos e clínicos associados a abuso/dependência de álcool e/ou outras substâncias psicoativas da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010 (variáveis categóricas)

	Sim		Não		OR bruta	IC 95%	OR ajustada	IC 95%
	n	%	n	%				
Sexo								
Masculino	15	50,0	30	31,6	2,17	0,94-5,00	-	-
Feminino	15	50,0	65	68,4	1	-	-	-
Cor								
Não Branca	18	60,0	46	48,4	1,60	0,69-3,68	-	-
Branca	12	40,0	49	51,6	1	-	-	-
Trabalhando atualmente								
Não	25	83,3	77	81,1	1,17	0,39-3,47	-	-
Sim	5	16,7	18	18,9	1	-	-	-
Possui alguma religião								
Sim	22	73,3	79	83,2	0,56	0,21-1,47	-	-
Não	8	26,7	16	16,8	1	-	-	-
União formal ou consensual								
Não	22	73,7	43	45,3	3,33	1,35-8,22	-	-
Sim	8	26,7	52	54,7	1	-	-	-
Reside								
Sozinho (a)	7	23,3	13	13,7	1,92	0,69-5,37	-	-
Acompanhado (a)	23	76,7	82	86,3	1	-	-	-
Renda Familiar								
< 2 salários mínimos	19	63,3	38	40,0	2,59	1,11-6,05	2,64	1,03-6,75
≥ 2 salários mínimos	11	36,7	57	60,0	1	-	-	-
Doença de Base								
HIV*	24	85,7	52	59,1	4,15	1,33-13,0	5,24	1,56-17,61
Chagas	4	14,3	36	40,9	1	-	-	-
Manifestação clínica HIV†								
Assintomático	3	12,5	14	26,9	0,39	0,10-1,51	-	-
Sintomático	21	87,5	38	73,1	1	-	-	-
Carga viral								
≤ 400 cópias/mL	21	87,5	43	82,7	1,47	0,36-5,98	-	-
> 400 cópias/mL	3	12,5	9	17,3	1	-	-	-
MEEM de acordo com escolaridade‡								
Alterado§	23	76,7	65	68,4	1,52	0,59-3,92	-	-
Não Alterado§	7	23,3	30	31,6	1	-	-	-

* Incluindo 2 pacientes com co-infecção HIV/HTLV;

† Assintomático: Categoria A; Sintomático: Categorias B e C (CDC, 1993);

‡ MEEM: Mini Exame do Estado Mental;

§ Conforme pontos de corte de Brucki et al., 2003;

OR: Odds Ratio; IC 95%: Intervalo de confiança 95%.

OR ajustada para sexo, união formal ou consensual, renda familiar, doença de base e tempo de tratamento psiquiátrico (anos)

Tabela 11: Fatores sociodemográficos e clínicos associados a abuso/dependência de álcool e/ou outras substâncias psicoativas da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010 (variáveis contínuas)

	Sim	Não	p-valor	OR ajustada	IC 95%
Idade†	47,7 (8,7)	49,4 (11,3)	NS	-	-
Escolaridade†	6,8 (4,4)	7,6 (4,8)	NS	-	-
Contagem de CD4†	592,1 (286,2)	594,8 (283,2)	NS	-	-
Tempo de Tratamento Psiquiátrico (anos)†	3,3 (1,7)	2,6 (1,9)	0,073‡	1,39	1,07-1,81
Tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV (em meses)*†	109,5 (66,0)	115,8 (85,7)	NS	-	-
Tempo de diagnóstico da doença de Chagas (em meses)§	186,9 (93,7-286,0)	105,0 (71,0-187,6)	NS	-	-

* Incluindo 2 pacientes com co-infecção HIV/HTLV

† DP: Desvio Padrão; ‡ Teste t de Student

§ Mediana (intervalo interquartil)

NS: Não Significativo

OR: Odds Ratio; IC 95%: Intervalo de confiança 95%.

OR ajustada para sexo, união formal ou consensual, renda familiar, doença de base e tempo de tratamento psiquiátrico (anos)

5.5.4 Risco de Suicídio

Risco de suicídio estava diretamente associado à cor não-branca (OR=2,11), renda inferior a dois salários mínimos (OR=2,12), episódio depressivo maior atual (OR=3,07) e tempo menor (em meses) desde o diagnóstico de aids até o início do tratamento psiquiátrico ($p < 0,05$) (tabelas 12 e 13).

As variáveis cor, trabalhando atualmente, renda familiar e diagnóstico de episódio depressivo maior (atual) foram incluídas no modelo logístico múltiplo. Tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV (meses) não foi incluído para não excluir pacientes portadores de HTLV e doença de Chagas do modelo. Perdeu significância a variável renda familiar.

Permaneceram no modelo associados ao risco de suicídio cor não-branca (OR = 2,17, IC95%: 1,03-4,58) não estar trabalhando no momento da entrevista (OR = 2,72, IC95%: 1,01-7,34), e diagnóstico de episódio depressivo maior (atual) (OR = 3,34, IC95%: 1,54-7,44) (tabela 12).

Tabela 12: Fatores sociodemográficos e clínicos associados ao risco de suicídio da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010 (variáveis categóricas)

	Sim		Não		OR bruta	IC 95%	OR ajustada	IC 95%
	n	%	n	%				
Sexo								
Masculino	28	39,4	17	31,5	1,42	0,67-2,99	-	-
Feminino	43	60,6	37	68,5	1	-	-	-
Cor								
Não Branca	42	59,2	22	40,7	2,11	1,03-4,33	2,21	1,03-4,75
Branca	29	40,8	32	59,3	1	-	-	-
Trabalhando atualmente								
Não	62	87,3	40	74,1	2,41	0,95-6,09	2,72	1,01-7,34
Sim	9	12,7	14	25,9	1	-	-	-
Possui alguma religião								
Sim	56	78,9	45	83,3	0,75	0,30-1,87	-	-
Não	15	21,1	9	16,7	1	-	-	-
União formal ou consensual								
Não	39	54,9	26	48,1	1,31	0,65-2,67	-	-
Sim	32	45,1	28	51,9	1	-	-	-
Reside								
Sozinho (a)	14	19,7	6	11,1	1,97	0,70-5,51	-	-
Acompanhado (a)	57	80,3	48	88,9	1	-	-	-
Renda Familiar								
< 2 salários mínimos	38	53,5	19	35,2	2,12	1,03-4,39	-	-
≥ 2 salários mínimos	33	46,5	35	64,8	1	-	-	-
Doença de Base								
HIV*	45	70,3	31	59,6	1,60	0,74-3,47	-	-
Chagas	19	29,7	21	40,4	1	-	-	-
Manifestação clínica HIV†								
Assintomático	11	24,4	6	19,4	1,35	0,44-4,14	-	-
Sintomático	34	75,6	25	80,6	1	-	-	-
Carga viral								
≤ 400 cópias/mL	38	84,4	26	83,9	1,04	0,30-3,65	-	-
> 400 cópias/mL	7	15,6	5	16,1	1	-	-	-
MEEM de acordo com escolaridade‡								
Alterado§	51	71,8	37	68,5	1,17	0,54-2,54	-	-
Não Alterado§	20	28,2	17	31,5	1	-	-	-
Episódio Depressivo Maior (atual)								
Sim	40	53,6	16	29,6	3,07	1,45-6,48	3,34	1,54-7,44
Não	31	43,7	38	70,4	1	-	-	-
Abuso/Dependência de Alcool/outras substâncias								
Sim	20	28,2	10	18,5	1,73	0,73-4,08	-	-
Não	51	71,8	44	81,5	1	-	-	-

* Incluindo 2 pacientes com co-infecção HIV/HTLV;

† Assintomático: Categoria A; Sintomático: Categorias B e C (CDC, 1993);

‡ MEEM: Mini Exame do Estado Mental;

§ Conforme pontos de corte de Brucki et al., 2003;

OR: Odds Ratio; IC 95%: Intervalo de confiança 95%.

OR ajustada para cor, trabalhando atualmente, renda familiar e diagnóstico de episódio depressivo maior (atual)

Tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV não foi incluído para não excluir pacientes portadores de HTLV e doença de Chagas do modelo

Tabela 13: Fatores sociodemográficos e clínicos associados ao risco de suicídio da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010 (variáveis contínuas)

	Sim	Não	p-valor
Idade†	47,8 (10,1)	50,6 (11,5)	NS
Escolaridade†	7,5 (4,7)	7,3 (4,7)	NS
Contagem de CD4†	570,9 (290,4)	627,5 (271,2)	NS
Tempo de Tratamento Psiquiátrico (anos)†	2,7 (2,0)	2,9 (1,9)	NS
Tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV (em meses)*†	97,3 (69,3)	137,8 (88,4)	<0,05‡
Tempo de diagnóstico da doença de Chagas (em meses)§	95,0 (73,0-175,3)	143,5 (74,2-211,5)	NS

* Incluindo 2 pacientes com co-infecção HIV/HTLV

† Média ± Desvio Padrão; ‡ Teste t de Student

§ Mediana (intervalo interquartil)

NS: Não Significativo

Tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV não foi incluído para não excluir pacientes portadores de HTLV e doença de Chagas do modelo

5.6 Avaliação do desempenho cognitivo pelo instrumento baseado no MEEM

A tabela 14 apresenta a avaliação do desempenho cognitivo baseado no instrumento baseado no MEEM estratificado em faixas de escolaridade conforme proposto por Brucki e colaboradores (2003). Dos 125 pacientes avaliados, 88 (70,4%) apresentavam escores de MEEM indicativos de alteração da capacidade cognitiva em todas as faixas de escolaridade.

Tabela 14: Avaliação do desempenho cognitivo pelo instrumento baseado no MEEM da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010

Escolaridade*	Alterado		Não Alterado	
	n	%	n	%
Sem escolaridade	7	50,0	7	50,0
1 a 4 anos	18	85,7	3	14,1
5 a 8 anos	24	68,6	11	31,4
9 a 11 anos	16	66,7	8	33,3
12 ou + anos	23	74,2	8	25,8
Total	88		37	

MEEM: Mini Exame do Estado Mental

*Pontos de corte de acordo com a escolaridade proposto por Brucki *et al.*, :

20 para analfabetos;

25 para indivíduos com 1 a 4 anos de estudos;

26 para indivíduos com 5 a 8 anos de estudos;

28 para indivíduos com 9 a 11 anos de estudos ;

29 para indivíduos com 12 ou mais anos de estudos concluídos.

Escores de MEEM indicativos de alteração da capacidade cognitiva estavam diretamente associados ao sexo feminino (OR=2,97), não diferindo quanto às demais características clínicas, psiquiátricas e sociodemográficas nesta amostra (tabelas 15 e 16).

Tabela 15: Fatores sociodemográficos e clínicos associados ao MEEM da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010

	Alterado		Não Alterado		OR bruta	IC 95%
	n	%	n	%		
Sexo						
Feminino	63	71,6	17	45,9	2,97	1,34-6,57
Masculino	25	28,4	20	54,1	1	-
Cor						
Não Branca	45	51,1	19	51,4	0,99	0,46-2,14
Branca	43	48,9	18	48,6	1	-
Trabalhando atualmente						
Não	74	84,1	28	75,7	1,70	0,66-4,37
Sim	14	15,9	9	24,3	1	-
Possui alguma religião						
Sim	72	81,8	29	78,4	1,24	0,48-3,22
Não	16	18,2	8	21,6	1	-
União formal ou consensual						
Não	48	54,5	17	45,9	1,41	0,65-3,05
Sim	40	45,5	20	54,1	1	-
Reside						
Sozinho (a)	13	14,8	7	18,9	0,74	0,27-2,04
Acompanhado (a)	75	85,2	30	81,1	1	-
Renda Familiar						
< 2 salários mínimos	44	50,0	13	35,1	1,85	0,84-4,08
≥ 2 salários mínimos	44	50,0	24	64,9	1	-
Doença de Base						
HIV*	53	63,9	23	69,7	0,77	0,32-1,83
Chagas	30	36,1	10	30,3	1	-
Manifestação clínica HIV†						
Assintomático	12	22,6	5	21,7	1,05	0,32-3,43
Sintomático	41	77,4	18	78,3	1	-
Carga viral						
≤ 400 cópias/mL	44	83,0	20	87,0	0,73	0,18-3,00
> 400 cópias/mL	9	17,0	3	13,0	1	-

* Incluindo 2 pacientes com co-infecção HIV/HTLV;

† Assintomático: Categoria A; Sintomático: Categorias B e C (CDC, 1993);

MEEM: Mini Exame do Estado Mental;

OR: Odds Ratio; IC 95%: Intervalo de confiança 95%.

Tabela 16: Fatores sociodemográficos e clínicos associados ao MEEM da amostra (N=125), Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, fevereiro a dezembro de 2010

	Alterado	Não Alterado	p-valor
Idade†	49,2 (10,5)	48,4 (11,5)	NS
Escolaridade†	7,5 (4,5)	7,2 (5,2)	NS
Contagem de CD4†	561,9 (293,2)	667,8 (245,4)	NS
Tempo de Tratamento Psiquiátrico (anos)†	2,6 (1,9)	3,1 (2,0)	NS
Tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV (em meses)*†	113,8 (84,1)	114,0 (69,8)	NS
Tempo de diagnóstico da doença de Chagas (em meses)‡	136,8 (79,8)	151,8 (75,4)	NS

* Incluindo 2 pacientes com co-infecção HIV/HTLV

† Média ± Desvio Padrão;

‡ Mediana (intervalo interquartil)

NS: Não Significativo

6. DISCUSSÃO

Este inquérito identificou que no perfil da clientela de ambulatório psiquiátrico de um hospital especializado em doenças infecciosas predominaram mulheres, de meia idade, com até oito anos de escolaridade, naturais da região Sudeste, com renda familiar igual ou superior a dois salários mínimos, que não trabalhavam (aposentadas ou desempregadas) e com uma mediana de três diagnósticos psiquiátricos segundo o DSM-IV e CID 10. Os pacientes entrevistados pertenciam aos programas de HIV/aids, doença de Chagas e HTLV.

Estas características sociodemográficas são semelhantes às do estudo de Gonçalves & Kapczinski (2008) em uma amostra de pacientes com transtorno mental do Programa de Saúde da Família (PSF) de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, que identificaram: maioria do sexo feminino (69,4%), média de idade de 38 anos, 94,6% com renda familiar de até três salários mínimos. De maneira semelhante, Rocha e colaboradores (2010) encontraram em estudo realizado com moradores em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia, as seguintes características sociodemográficas: 71,4% de mulheres, 51,3% vivendo acompanhadas, com exceção de renda própria que foi de até um salário mínimo (81,7%).

Segundo dados do Ministério da Previdência Social do Brasil os transtornos mentais e comportamentais estão entre as principais causas de concessão de auxílio doença e aposentadoria por invalidez (Brasil, Ministério da Previdência Social, 2010). Foi relevante a prevalência de pacientes que no momento da entrevista não estavam trabalhando (81,6%) e destes, aproximadamente metade estava aposentada pela doença de base (26,5%) ou em auxílio doença (26,5%). Apenas dois pacientes estavam aposentados exclusivamente devido ao transtorno mental. Dos 40 pacientes portadores de doença de Chagas entrevistados, 32 (80%) preencheram critérios diagnósticos clínicos para as formas sintomáticas. De forma semelhante a maioria (77,6%) dos pacientes infectados pelo HIV foi classificada como aids. No entanto, no

presente trabalho o motivo detalhado da concessão do auxílio doença não foi investigado.

A categoria de exposição sexual foi a principal via alegada de aquisição da infecção pelo HIV. Segundo critérios do CDC, 59 (77,6%) pacientes foram diagnosticados como portadores de aids (sintomáticos). Apesar disso, a maioria encontrava-se estável clinicamente, com mais da metade dos pacientes com contagens de CD4 superior a 500 células /mm³ e carga viral indetectável (\leq 400 cópias/mL).

Dados da literatura sugerem que uso de álcool e drogas ilícitas, além da presença de comorbidades psiquiátricas estão associados com baixa adesão em pacientes em uso de terapia antirretroviral de alta potência (Chander *et al.*, 2006). Um preditor importante de adesão ao esquema antirretroviral é a presença de carga viral abaixo do limite de detecção do teste (indetectável) (Silveira *et al.*, 2002). Em que pese a co-morbidade psiquiátrica e mesmo em alguns pacientes em uso de álcool e drogas ilícitas, no presente estudo 88% dos pacientes de aids estavam em uso de esquema antirretroviral no momento da entrevista e de fato, 94,0% destes possuíam carga viral plasmática em níveis indetectáveis o que sugere adesão ao tratamento da doença de base.

Himelhoch e colaboradores (2009) estudaram se a presença de comorbidade psiquiátrica em pacientes HIV positivos estava associada a taxas diferentes de descontinuação da terapia antirretroviral e se o número de consultas psiquiátricas exercia algum impacto sobre esta taxa. O estudo envolveu 4.989 pacientes acompanhados ambulatorialmente no período de 2000 a 2005 em cinco hospitais nos Estados Unidos. Os pacientes com seis ou mais consultas especializadas no setor de psiquiatria em um ano tiveram menos risco de interromper o uso da terapia antirretroviral quando comparados aos pacientes com transtorno mental sem nenhum acompanhamento em saúde mental (OR=0.57, IC95%: 0,47-0,69). Concluíram, portanto, que o acompanhamento psiquiátrico estava associado a um risco menor de descontinuação da terapia antirretroviral. De forma semelhante, a maioria dos pacientes em acompanhamento no ambulatório de Psiquiatria do IPEC foi avaliada com uma frequência de cinco ou mais consultas por ano. No entanto, nossos dados não permitem concluir que tal frequência está relacionada à maior adesão ao esquema antirretroviral.

Santos & Siqueira (2010) em um artigo de revisão sobre a prevalência de transtornos mentais na população adulta brasileira no período de 1997 a 2009 sugerem a influência de condições socioeconômicas na ocorrência de transtornos mentais. Costa & Ludemir (2005), em estudo realizado na zona da Mata em Pernambuco com 483 moradores maiores de 19 anos de uma comunidade local, encontraram uma prevalência geral de transtornos mentais de 36% em indivíduos com uma renda *per capita* menor do que 50 reais. Taxas elevadas de transtornos mentais (30,2%) também foram associadas a indivíduos desempregados, divorciados e com menor escolaridade, em estudo de base populacional de Coelho e colaboradores (2009) em área urbana de Pelotas, Rio Grande Sul. Nossos resultados reforçam a associação de condições socioeconômicas com a ocorrência de transtornos mentais também em população de doentes crônicos, por evidenciar associação de renda familiar inferior a dois salários mínimos com abuso de álcool/droga e o fato de não estar trabalhando atualmente no momento da entrevista com risco de suicídio.

Estudo de prevalência de transtornos mentais entre pacientes com faixa etária entre 18 e 65 anos, atendidos em unidades do PSF de Petrópolis, Rio de Janeiro, detectou através de escala de rastreamento, 56% de transtornos mentais comuns. De maneira similar aos nossos resultados, neste estudo foi observada uma mediana de três diagnósticos psiquiátricos por paciente, e utilizando o CIDI, encontraram uma frequência de transtornos de ansiedade de 40%, de transtornos depressivos de 45% além de 10,9% de transtornos mentais por uso de álcool (Fortes *et al.*, 2008).

Nossa casuística evidenciou um cenário de pacientes que nunca havia empreendido tratamento psiquiátrico prévio, mas que já havia realizado acompanhamento psicológico no passado. Os transtornos mentais mais prevalentes no presente estudo foram: agorafobia (52%), episódio depressivo maior atual (44,8%) ou passado (20,8%), transtorno de ansiedade generalizada (23,2%) e abuso/dependência de álcool (20,8%). Tais prevalências estão de acordo com a maioria dos estudos da literatura, incluindo entre aqueles portadores de alguma doença crônica não transmissível (Coelho *et al.*, 2009).

Andrade e colaboradores (2002) estudando uma população com 18 anos ou mais, residente em área de captação de um grande complexo hospitalar na cidade de São Paulo, obtiveram uma prevalência de transtornos mentais ao

longo da vida de 45,9%, avaliada pelo CIDI. Estudo multicêntrico conduzido em três centros urbanos brasileiros com indivíduos com idade superior a 15 anos evidenciou, através do inventário dos sintomas do DSM-IV, uma prevalência de transtornos mentais de 51% em Brasília, 43% em Porto Alegre e 30% em São Paulo (Almeida-Filho *et al.*, 1997).

Os resultados da aplicação do instrumento SCID em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, mostraram que os três diagnósticos mais comuns foram: transtorno depressivo maior (17,6%; IC95%: 15,0-20,5), transtorno de ansiedade generalizada (11,5%; IC95%: 9,4-14,0) e distímia (11,3%; IC95%: 9,2-13,8). Duzentos e quarenta indivíduos (38,7%) declararam apresentar alguma doença crônica (Gonçalves & Kapczinski, 2008).

Diversos estudos apontam que os transtornos mentais mais frequentes em indivíduos infectados pelo vírus HIV são transtornos de humor (Ciesla & Roberts, 2001), uso abusivo e/ou dependência de substâncias psicoativas e álcool (Fiellin, 2004), transtornos ansiosos e transtornos do espectro da psicose (Sewell *et al.*, 2000). No presente estudo as chances de abuso/dependência de álcool e/ou substâncias psicoativas foram maiores entre pacientes com renda familiar inferior a dois salários mínimos e portadores de HIV/Aids.

Myer e colaboradores (2008) publicaram um estudo observacional conduzido na África do Sul com 465 pacientes infectados pelo HIV, utilizando o MINI, que encontrou maioria do sexo feminino (75,0%), com média de idade de 33 anos. Do total da amostra, 48,0% estavam em uso de terapia antirretroviral de alta potência, 14,0% preencheram critérios diagnósticos para episódio depressivo maior, 5,0% para transtorno de estresse pós-traumático e 7,0% para abuso/dependência de álcool.

Existem poucos estudos na literatura com aplicação de instrumentos para diagnóstico de transtornos psiquiátricos em pacientes portadores de doença de Chagas. Ozaki e colaboradores (2011) encontraram uma frequência de 40,9% de sintomas depressivos aplicando o inventário de depressão de Beck em 110 pacientes com doença de Chagas acompanhados em um ambulatório de referência do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas em São Paulo. Resultado semelhante foi observado no presente estudo, onde 37,5% dos pacientes portadores de doença de Chagas encaminhados ao ambulatório de Psiquiatria do IPEC preencheram critérios

diagnósticos para episódio depressivo atual. Além disso, no presente estudo somente 10,0% dos pacientes com diagnóstico de doença de Chagas preencheram critérios diagnósticos para abuso/dependência de álcool e/ou de substâncias psicoativas. A chance do diagnóstico de abuso/dependência de álcool e substâncias psicoativas foi quatro vezes maior em pacientes infectados pelo HIV quando comparados àqueles portadores de doença de Chagas.

Primo & Stein (2004) realizaram um estudo transversal de base populacional no município de Rio Grande, Rio Grande do Sul, envolvendo 1.044 indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 12 a 75 anos, mostrou que 5,5% dos indivíduos abusavam de álcool, dos quais 2,5% eram dependentes. Após controlar para possíveis fatores de confusão, identificou-se uma associação significativa entre alcoolismo e sexo masculino (OR=6,28), tabagismo (OR=5,42) e renda familiar de até dois salários mínimos (OR=5,37). No presente trabalho a renda familiar inferior a dois salários mínimos foi a única variável sociodemográfica diretamente associada ao abuso/dependência de álcool e substâncias psicoativas (OR=2,64).

A frequência encontrada de risco de suicídio no presente estudo foi elevada (56,8%) e diretamente associada à cor não-branca, não estar trabalhando no momento da entrevista e diagnóstico de episódio depressivo maior (atual). Comportamentos suicidas não constituem uma doença, mas na maioria das vezes estão associados a transtornos mentais, sobretudo, transtornos do humor (depressão, principalmente), transtornos por uso de álcool, transtornos psicóticos (sobretudo esquizofrenia) e transtornos de personalidades (Bertolote *et al.*, 2003). Admite-se que de 90% a 98% das pessoas que cometem suicídio têm um transtorno mental (Bertolote *et al.*, 2010). Algumas doenças crônicas como a infecção pelo HIV apresentam importante associação com o risco de suicídio (Bertolote *et al.*, 2003). História prévia de tentativa de suicídio também aumenta o risco de suicídio (OMS, 2010). No entanto, no presente trabalho não encontramos associação de risco de suicídio com diagnóstico de HIV ou doença de Chagas.

No mundo todo são registrados 870.000 óbitos por suicídio por ano. Estima-se que as taxas de tentativa de suicídio sejam 10 a 40 vezes mais elevadas que as de suicídio (de Leo *et al.*, 2002). No Brasil inexistem registros

sistemáticos das tentativas de suicídio. Entre 1980 e 2006 foram registrados 158.952 casos de suicídio (Lovisi *et al.*, 2009).

Santos e colaboradores (2009) em estudo para estimar a prevalência de transtornos mentais em 96 casos de tentativas de suicídio atendidos em hospital de emergência no Rio de Janeiro (2006-2007) utilizando o CIDI, evidenciaram que a taxa total dos transtornos mentais foi de 71,9%. Os transtornos mentais mais frequentes foram: episódio depressivo (38,9%), dependência de substâncias psicoativas (21,9%), transtorno de estresse pós-traumático (20,8%), dependência de álcool (17,7%) e esquizofrenia (15,6%). A maioria da amostra foi constituída de mulheres jovens e com baixa escolaridade.

Geralmente o suicídio predomina em homens e a tentativa de suicídio no sexo feminino. Outros fatores predisponentes são: pessoas idosas (acima de 75 anos), apesar de nos últimos anos a prevalência vir aumentando entre adultos jovens; estado civil divorciado, viúvo ou solteiro; desempregado ou em aposentadoria; que pertencem a uma minoria étnica; com história familiar de comportamento suicida; além de tentativa (s) prévia (s), presença de transtornos mentais e doenças físicas (Bertolote *et al.*, 2010).

Botega e colaboradores (2010) em estudo que avaliou fatores associados ao risco de suicídio em pacientes hospitalizados, aplicando módulo risco de suicídio do MINI-Plus, encontraram uma taxa de prevalência de 4,9% (IC95%: 4,3-5,6), sem diferença significativa entre sexos. Foram encontradas prevalências mais elevadas em pacientes com doenças infecciosas (7,9%), oncológicas (7,8%) e hematológicas (7,2%). Depressão foi o fator mais fortemente associado ao risco de suicídio na análise de regressão múltipla. No presente trabalho também foi encontrada uma associação de depressão atual com risco de suicídio.

Foi encontrada uma elevada frequência de déficit cognitivo na amostra estudada (70,4%) segundo pontos de corte sugeridos por Brucki e colaboradores (2003). Escores de MEEM indicativos de alteração da capacidade cognitiva foram diretamente associados ao sexo feminino. Os escores foram corrigidos conforme escolaridade em anos de estudos concluídos, como sugerido por diversos autores, a fim de aperfeiçoar a avaliação clínica (Bertolucci *et al.*, 1994; Almeida, 1998; Caramelli *et al.*, 1999;

Brucki *et al.*, 2003; Lourenço & Veras, 2006). No entanto, não existe consenso quanto ao ponto de corte mais adequado em relação aos indivíduos com baixa escolaridade.

Utilizando pontos de corte menos conservadores, como por exemplo, os sugeridos por Almeida (1998) - 19/20 para analfabetos e 23/24 para qualquer tipo de educação formal - a frequência de déficit cognitivo na amostra ainda seria considerada elevada (32%).

Os escores sugeridos por Brucki e colaboradores (2003) utilizados no presente estudo exibem uma maior sensibilidade. A utilização de escores mais elevados é recomendada pelo Departamento Científico de Neurologia Cognitiva do Envelhecimento e da Academia Brasileira de Neurologia (Nitrini *et al.*, 2005). A presença de déficit cognitivo leve em um teste de rastreio é considerada fator de risco preditivo para o desenvolvimento de demência (Engelhardt *et al.*, 1998). Vale lembrar que os resultados do MEEM indicam a necessidade de uma avaliação mais detalhada quanto a eventuais prejuízos cognitivos e encaminhamento para avaliação neuropsicológica.

Sabe-se que o desempenho cognitivo entre analfabetos e indivíduos com poucos anos de estudo é inferior ao observado entre aqueles mais letrados (Brucki & Nitrini, 2010). Lacks e colaboradores (2010) ao avaliarem a influência da escolaridade sobre os diferentes itens que compõe o teste, concluíram que nomeação, comando em três etapas, registro de memória e memória tardia não são afetados por anos de estudos. Por outro lado, alguns itens, que remetem a influências ou demandas ambientais, como orientação temporal e cálculo (série de subtração de sete) parecem promover diferentes desempenhos, principalmente entre indivíduos com nenhuma escolaridade (Brucki & Nitrini, 2010).

Valle e colaboradores (2009) em estudo de base populacional com indivíduos maiores de 60 anos, avaliaram fatores associados ao desempenho do MEEM e encontraram associações diretas e independentes com: sexo masculino (OR=2,20; IC95%: 1,52-3,38), não possuir cônjuge (OR=1,91; IC95%: 1,39-2,62) e sintomas depressivos (OR=1,94; IC95%: 1,46-2,56).

Déficits cognitivos em pacientes infectados pelo HIV são detectados em estágios precoces da infecção e aumentam consideravelmente com a

progressão da mesma (Justice *et al.*, 2004). No presente trabalho não foi encontrada associação com estágio clínico da doença.

Lima-Costa e colaboradores (2009) conduziram um estudo transversal com 1.449 indivíduos com idade superior a 60 anos moradores de Bambuí-MG. Observaram que a infecção pelo *T. cruzi* (37,6%) estava independentemente associada ao escore alterado do MEEM (OR=1,99; IC95%: 1,43-2,76), mas não houve associação com alterações eletrocardiográficas e uso de digoxina. Um estudo caso-controle conduzido por Dias e colaboradores (2009) detectou, através da aplicação do MEEM corrigido por escolaridade, disfunção cognitiva na doença de Chagas em pacientes portadores de cardiomiopatia (24%) quando comparados a controles (14%) com diagnóstico de doenças cardíacas por outras etiologias (p=0,07).

Estudo transversal com 422 indivíduos maiores de 60 anos, conduzido por de Leon-Arcila e colaboradores (2009), investigou associação entre disfunção cognitiva, avaliada pelo MEEM, e fatores sociodemográficos, doenças crônicas e uso de medicamentos. Encontraram associação direta entre disfunção cognitiva e acidente vascular encefálico, sexo feminino e baixo nível socioeconômico.

Outros fatores podem afetar a pontuação final do MEEM. Digoxina é uma droga utilizada para tratar alterações cardíacas na doença de Chagas que foi previamente associada a déficit cognitivo (Maheut-Bosser *et al.*, 2006). Uso de medicação psicotrópica, principalmente benzodiazepínicos, sintomatologia depressiva, tabagismo, acidente vascular encefálico e hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hipercolesterolemia e uso abusivo/dependência de álcool, são outros fatores associados ao declínio cognitivo (Prince *et al.*, 1996; Forsell & Winblad, 1998; Cervilla *et al.*, 2000; Yaffe *et al.*, 2002; Elias *et al.*, 2005; Qui *et al.*, 2005).

No presente estudo a associação de déficit cognitivo na presença ou ausência destas variáveis comentadas anteriormente, como informações sobre presença de dislipidemia, tabagismo, uso de outros medicamentos não psicotrópicos, não foi estudada em função da coleta destes dados na ficha elaborada não ter sido sistemática. No entanto, a frequência elevada de alteração dos escores do teste MEEM nesta amostra de pacientes portadores

de doenças infecciosas merece uma investigação mais detalhada em estudos futuros.

O presente estudo traz contribuições importantes e pouco investigadas sobre comorbidades psiquiátricas em pacientes portadores de doenças infecciosas, principalmente infecção pelo HIV e doença de Chagas. Enfatizamos como aspecto original do trabalho o fato de ter sido o primeiro que temos conhecimento a aplicar o instrumento MINI-Plus para o diagnóstico da maioria dos transtornos mentais do eixo I do DSM-IV em pacientes portadores de doença de Chagas.

Com relação às limitações do estudo, a análise estatística foi restrita a pacientes infectados pelo HIV e portadores de doença de Chagas devido à baixa prevalência no ambulatório de Psiquiatria das outras doenças infecciosas acompanhadas no IPEC, incluindo pacientes portadores de HTLV. Outra limitação foi a ausência de coleta de algumas variáveis laboratoriais e clínicas, como dislipidemia e tabagismo, que poderiam estar associadas à disfunção cognitiva na população estudada. Espera-se tenham sido minimizados possíveis vieses de classificação relacionados aos diagnósticos efetuados e registrados em prontuário médico por se tratar de pacientes acompanhados em unidade de pesquisa clínica que adota protocolos padronizados de diagnóstico e estadiamentos clínicos recomendados pela Sociedade Brasileira de Infectologia.

Embora não constitua amostra aleatória, a inclusão de pacientes se deu de maneira consecutiva pelos que foram encaminhados para atendimento psiquiátrico ambulatorial, sem vieses de seleção relacionados a dia de consulta ou terapeuta. Não foi objeto do presente estudo investigar alteração cognitiva por meio de outros instrumentos. No entanto, os pacientes identificados com déficit cognitivo foram encaminhados para o ambulatório de Neurologia do IPEC. Devido a critérios de exequibilidade também não houve possibilidade de maior captação amostral que aumentasse o poder para testar diferentes hipóteses.

Este estudo contribuiu para o conhecimento do perfil sociodemográfico e das comorbidades psiquiátricas em pacientes portadores de doenças infecciosas atendidos em um hospital de referência, importante para propor ações a serem normatizadas no atendimento ambulatorial com o intuito de

melhorar a condução dos casos clínicos, além de subsidiar linhas de pesquisa que venham ao encontro das necessidades desta população.

Desdobramentos possíveis deveriam contemplar intervenções direcionadas ao público feminino, de baixa renda, com sintomatologia depressivo-ansiosa, e risco de suicídio, que possam auxiliar nas terapias psiquiátricas oferecidas a esta clientela.

5. CONCLUSÕES

No ambulatório de Psiquiatria do IPEC predominaram mulheres, de meia idade, com até oito anos de escolaridade, naturais da região Sudeste, com renda familiar igual ou superior a dois salários mínimos, que não trabalhavam (aposentadas ou desempregadas) e com uma mediana de três diagnósticos psiquiátricos segundo o DSM-IV e CID 10.

A maioria dos pacientes entrevistados eram acompanhados pelos programas de HIV/aids e doença de Chagas.

Dois terços dos pacientes nunca haviam empreendido tratamento psiquiátrico prévio e apenas um terço usufruía de acompanhamento psicológico.

Foi observada uma alta prevalência de pacientes que não estavam trabalhando no momento da entrevista e destes, aproximadamente metade estava aposentada pela doença de base ou em auxílio doença.

Os diagnósticos psiquiátricos mais frequentes foram: agorafobia (52%), episódio depressivo maior atual (44,8%) ou passado (20,8%), transtorno de ansiedade generalizada (23,2%) e abuso/dependência de álcool (20,8%). Estas prevalências estão de acordo com a maioria dos estudos da literatura, incluindo os realizados com portadores de alguma doença crônica não transmissível.

Abuso/dependência de álcool e de substâncias psicoativas esteve diretamente associado à renda familiar inferior a dois salários mínimos e ao diagnóstico de HIV, em comparação a doença de Chagas.

A frequência de risco de suicídio foi elevada (56,8%) e diretamente associada à cor não-branca, não estar trabalhando no momento da entrevista e diagnóstico de episódio depressivo maior (atual).

Na amostra estudada, a frequência de déficit cognitivo foi elevada (70,4%) e os escores alterados no MEEM estavam diretamente associados ao sexo feminino.

Os resultados do presente estudo evidenciam uma população de pacientes potencialmente graves, preenchendo critérios diagnósticos para mais de um transtorno mental maior, com elevado risco de suicídio, em uso de

diversos medicamentos psicotrópicos, maioria sem suporte psicoterápico atual e, mesmo assim, mantendo boa adesão ao tratamento clínico-medicamentoso.

A alta magnitude de frequência de comorbidades com transtornos mentais fornece subsídios para o adequado dimensionamento de recursos humanos, infra-estrutura, disponibilidade de medicamentos psicotrópicos, necessários ao acompanhamento ambulatorial de pacientes portadores de doenças infecciosas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams MA, Ferraro FR. Acquired immunodeficiency syndrome dementia complex. *J Clin Psychol.* 1997;53(7):767-78.
- Adewuya AO, Afolabi MO, Ola BA, Ogundele OA, Ajibare AO, Oladipo BF. Psychiatric disorders among the HIV-positive population in Nigeria: a control study. *J Psychosom Res.* 2007;63(2):203-6.
- Almeida OP. Mini mental state examination and the diagnosis of dementia in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr.* 1998;56(3B):605-12.
- Almeida-Filho N, Mari JJ, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, et al. Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br J Psychiatry.* 1997;171:524-9.
- Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22:106-15.
- Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(7):316-25.
- Antinori A, Arendt G, Becker JT, Brew BJ, Byrd DA, Cherner M, et al. Updated research nosology for HIV-associated neurocognitive disorders. *Neurology.* 2007;69(18):1789-99.
- Araujo AQ, Silva MT. The HTLV-1 neurological complex. *Lancet Neurol.* 2006;5(12):1068-76.
- Araujo SM, Ando MH, Cassarotti DJ, Mota DCGDA, Borges SMR, Gomes ML. Programa ACHEI: Atenção ao Chagásico com Educação Integral no Município de Maringá e Região Noroeste do Paraná, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2000;33:565-72.
- Arendt G, de Nocker D, von Giesen HJ, Nolting T. Neuropsychiatric side effects of efavirenz therapy. *Expert Opin Drug Saf.* 2007;6(2):147-54.
- Bacchetti P, Moss AR. Incubation period of AIDS in San Francisco. *Nature.* 1989;338(6212):251-3.
- Bertolote JM, de Mello-Santos C, Botega NJ. Detecting suicide risk at psychiatric emergency services. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32 Suppl 2:S87-95.
- Bertolote JM, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Suicide and mental disorders: do we know enough? *Br J Psychiatry.* 2003;183:382-3.

Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7.

Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(8):721-8.

Botega NJ. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Botega NJ, Azevedo RC, Mauro ML, Mitsuushi GN, Fanger PC, Lima DD, et al. Factors associated with suicide ideation among medically and surgically hospitalized patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(4):396-400.

Botega NJ, Mitsuushi GN, Azevedo RC, Lima DD, Fanger PC, Mauro ML, et al. Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(3):250-6.

Brasil. Ministério da Previdência Social. *Estatísticas da Previdência Social*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. [acesso em 28 de março de 2011]. Disponível em: <http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 448 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). [acesso em 08 de março de 2011]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria SVS/MS Nº151, de 14 de outubro de 2009. [acesso em 08 de março de 2011]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/portaria151_2009.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Guia do manejo clínico do HTLV* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Manuais; n.º 3 – CN-DSTe Aids).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e Saúde. *Brazilian Consensus on Chagas disease*. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2005;38 Suppl 3:7-29.

Bruce RD, Altice FL. Clinical care of the HIV-infected drug user. *Infect Dis Clin North Am*. 2007;21(1):149-79, ix.

Brucki SMD, Nitrini R. Mini-Mental State Examination among lower educational levels and illiterates: Transcultural evaluation. *Dement Neuropsychol*. 2010;4(2):120-5.

Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61:777-81.

Caramelli P, Herrera Jr. E, Nitrini R. O Mini Exame do Estado Mental no diagnóstico de demência em idosos analfabetos. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57 Suppl 11:7.

Carneiro-Proietti AB, Ribas JG, Catalan-Soares BC, Martins ML, Brito-Melo GE, Martins-Filho OA, et al. Infection and disease caused by the human T cell lymphotropic viruses type I and II in Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2002;35(5):499-508.

Carrico AW, Johnson MO, Morin SF, Remien RH, Charlebois ED, Steward WT, et al. Correlates of suicidal ideation among HIV-positive persons. *AIDS*. 2007;21(9):1199-203.

Cartier L, Araya F, Castillo J. Cognitive function in progressive spastic paraparesis associated to HTLV-I: A preliminary study. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1992;30:241-6.

Cartier L, Gormaz A. Subcortical dementia in HTLV-I tropical spastic paraparesis. Study of 43 cases. *Rev Med Chil*. 1999;127(4):444-50.

Carvalho AGJ, Galvão-Phileto AV, Lima NS, Jesus RS, Galvão-Castro B, Lima MG. Frequency of mental disturbances in HTLV-1 patients in the state of Bahia, Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2009;13:5-8.

Castillo J, Camposano S, Cartier L. Event related potentials in progressive spastic HTLV-I positive and negative paraparesis. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 1995;33:45-50.

CBO 2010. *Classificação Brasileira de Ocupações*. 3. ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010. [acesso em 08 de março de 2011]. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/home.jsf>.

Cervilla JA, Prince M, Mann A. Smoking, drinking, and incident cognitive impairment: a cohort community based study included in the Gospel Oak project. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2000;68(5):622-6.

Chagas C. Nova entidade mórbida do homem. Resumo geral de estudos etiológicos e clínicos. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 1911;3:219-75.

Chander G, Himelhoch S, Moore RD. Substance abuse and psychiatric disorders in HIV-positive patients: epidemiology and impact on antiretroviral therapy. *Drugs*. 2006;66(6):769-89.

Chandra PS, Desai G, Ranjan S. HIV & psychiatric disorders. *Indian J Med Res.* 2005;121(4):451-67.

Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry.* 2001;158(5):725-30.

Coelho FMC, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PVS, Garcias CMM, Silva CV. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. *Cad Saude Publica.* 2009;25:59-67.

Cordioli, AV. Avaliação do Paciente em Psiquiatria: a Entrevista Psiquiátrica, 2005. [acesso em 10 de abril de 2011]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/entrevis.pdf>.

Cordova E, Boschi A, Ambrosioni J, Cudos C, Corti M. Reactivation of Chagas disease with central nervous system involvement in HIV-infected patients in Argentina, 1992-2007. *Int J Infect Dis.* 2008;12(6):587-92.

Cordova E, Maiolo E, Corti M, Orduna T. Neurological manifestations of Chagas' disease. *Neurol Res.* 2010;32(3):238-44.

Costa AG, Ludermir AB. Common mental disorders and social support in a rural community in Zona da Mata, Pernambuco State, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2005;21(1):73-9.

De Leo D, Bertolote JM, Lester D. Self directed violence. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. *World report on health and violence.* Geneva: World Health Organization; 2002. p.183-212.

De Leon-Arcila R, Milian-Suazo F, Camacho-Calderon N, Arevalo-Cedano RE, Escartin-Chavez M. Risk factors for cognitive and functional impairment in the elderly. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2009;47(3):277-84.

Dias JS, Lacerda AM, Vieira-de-Melo RM, Viana LC, Jesus PA, Reis FJ, et al. Cognitive dysfunction in chronic Chagas disease cardiomyopathy. *Dement Neuropsychol.* 2009;3(1):27-33.

DSM-IV-Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Edlich RF, Arnette JA, Williams FM. Global epidemic of human T-cell lymphotropic virus type-I (HTLV-I). *Journal Emergency Medicine,* 18: 109-19. 2000.

Elias MF, Elias PK, Sullivan LM, Wolf PA, D'Agostino RB. Obesity, diabetes and cognitive deficit: The Framingham Heart Study. *Neurobiol Aging.* 2005;26 Suppl 1:11-6.

Engelhardt E, Laks J, Rozenhal M, Marinho VM. Idosos institucionalizados:

rastreamento cognitivo. *Rev Psiquiatr Clin.* 1998;25(2):74-9.

Evans DL, Ten Have TR, Douglas SD, Gettes DR, Morrison M, Chiappini MS, et al. Association of depression with viral load, CD8 T lymphocytes, and natural killer cells in women with HIV infection. *Am J Psychiatry.* 2002;159(10):1752-9.

Ferrando SJ, Freyberg Z. Neuropsychiatric aspects of infectious diseases. *Crit Care Clin.* 2008;24(4):889-919, x.

Fichter MM, Meller I, Schroppe H, Steinkirchner R. Dementia and cognitive impairment in the oldest old in the community. Prevalence and comorbidity. *Br J Psychiatry.* 1995;166(5):621-9.

Fiellin DA. Substance use of disorders in HIV-infected patients: impact and new treatment strategies. *Top HIV Med.* 2004;12(3):77-82.

Folstein MF, 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):189-98.

First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc., 1997.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition (SCID-I/P). New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, November 2002.

Forsell Y, Winblad B. Major depression in a population of demented and nondemented older people: prevalence and correlates. *J Am Geriatr Soc.* 1998;46(1):27-30.

Fortes S, Villano LA, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(1):32-7.

Gaynes BN, Pence BW, Eron JJ, Jr., Miller WC. Prevalence and comorbidity of psychiatric diagnoses based on reference standard in an HIV+ patient population. *Psychosom Med.* 2008;70(4):505-11.

Goncalves DM, Kapczinski F. Prevalence of mental disorders at a referral center for the Family Health Program in Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2008;24(9):2043-53.

Grassi L, Righi R, Makoui S, Sighinolfi L, Ferri S, Ghinelli F. Illness behavior, emotional stress and psychosocial factors among asymptomatic HIV-infected patients. *Psychother Psychosom.* 1999;68(1):31-8.

Haller DL, Miles DR. Suicidal ideation among psychiatric patients with HIV: psychiatric morbidity and quality of life. *AIDS Behav.* 2003;7(2):101-8.

Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2006;15(4):167-80.

Heaton RK, Clifford DB, Franklin DR, Jr., Woods SP, Ake C, Vaida F, et al. HIV-associated neurocognitive disorders persist in the era of potent antiretroviral therapy: CHARTER Study. *Neurology.* 2010;75(23):2087-96.

Himelhoch S, Brown CH, Walkup J, Chander G, Korhies PT, Afful J, et al. HIV patients with psychiatric disorders are less likely to discontinue HAART. *AIDS.* 2009;23(13):1735-42.

Horberg MA, Silverberg MJ, Hurley LB, Towner WJ, Klein DB, Bersoff-Matcha S, et al. Effects of depression and selective serotonin reuptake inhibitor use on adherence to highly active antiretroviral therapy and on clinical outcomes in HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2008;47(3):384-90.

Hosmer D, Lemeshow S. *Applied logistic regression.* 2nd ed. New York: John Wiley and Sons; 2000.

Hueb MFD. *Doença de Chagas: indicadores cognitivos, de transtorno orgânico cerebral, de uso de álcool e qualidade de vida.* Ribeirão Preto. Tese [Doutorado]- Universidade de São Paulo; 2006.

Hueb MFD, Loureiro SR. Revisão: aspectos cognitivos e psicossociais associados a Doença de Chagas. *Psicol Estud.* 2005;10:137-42.

Jesus PA, Neville I, Cincura C, Menezes DF, Vieira-de-Melo RM, Lacerda AM, et al. Stroke history and Chagas disease are independent predictors of silent cerebral microembolism in patients with congestive heart failure. *Cerebrovasc Dis.* 2010;31(1):19-23.

Jörg ME, Bustamante AG, Peltier YA, Freire R, Figueiredo RC, Oliva R, et al. Disfunción cerebral mínima como secuela de meningoencefalitis aguda por *Trypanosoma cruzi* Prensa Méd Argent. 1972;59:1658-69.

Justice AC, McGinnis KA, Atkinson JH, Heaton RK, Young C, Sadek J, et al. Psychiatric and neurocognitive disorders among HIV-positive and negative veterans in care: Veterans Aging Cohort Five-Site Study. *AIDS.* 2004;18 Suppl 1:S49-59.

Kerr Corrêa F, Silva BCM. Avaliação do ensino de psiquiatria pela análise dos pedidos de interconsultas. *J Bras Psiquiatr.* 1985;34(4):247-52.

Komiti A, Judd F, Grech P, Mijch A, Hoy J, Lloyd JH, et al. Suicidal behaviour in people with HIV/AIDS: a review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2001;35(6):747-57.

Laks J, Coutinho ESF, Junger W, Silveira H, Mouta R, Baptista EMR, et al. Education does not equally influence all the Mini Mental State Examination

subscales and items: inferences from a Brazilian community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2010;32:223-30.

Lauritsen JM, Bruus M, Myatt MA. An extended tool for validated dataentry and documentation of data. The EpiData Association, Odense Denmark 2008. (v 3.1). Portuguese version by João Paulo Amaral Haddad.

Leserman J. Role of depression, stress, and trauma in HIV disease progression. *Psychosom Med*. 2008;70(5):539-45.

Lima-Costa MF, Castro-Costa E, Uchoa E, Firmo J, Ribeiro AL, Ferri CP, et al. A population-based study of the association between *Trypanosoma cruzi* infection and cognitive impairment in old age (the Bambui Study). *Neuroepidemiology*. 2009;32(2):122-8.

Lipowski ZJ. Current trends in consultation-liaison psychiatry. *Can J Psychiatry*. 1983;28(5):329-38.

Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saude Publica*. 2006;40:712-9.

Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31:S86-S93.

Lury KM, Castillo M. Chagas' disease involving the brain and spinal cord: MRI findings. *AJR Am J Roentgenol*. 2005;185(2):550-2.

Magdaleno Junior R, Botega NJ. Interconsulta psiquiátrica no Hospital Geral Universitário: Um ano no Hospital das Clínicas/ Unicamp. *J Bras Psiquiatr*. 1991;40(2):95-8.

Maheut-Bosser A, Brembilla-Perrot B, Hanesse B, Piffer I, Paille F. Cognitive impairment induced by digoxin intake in patients older than 65 years. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2006;55(5):246-8.

Malbergier A, Schöffel AC. Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23:160-7.

Mangone CA, Sica RE, Pereyra S, Genovese O, Segura E, Riarte A, et al. Cognitive impairment in human chronic Chagas' disease. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(2):200-3.

_____. Cognitive impairment in human chronic Chagas' disease. *Rev Bras Med Trop*. 1994;27:27-31.

Martins L, Botega N. Interconsulta psiquiátrica no Brasil: desenvolvimentos recentes. *Rev Bras Psiquiatr*. 1998;20(3):105-11.

Martins ML, Stancioli EFB. Patogênese da infecção pelo HTLV. In: Carneiro-Proietti AB, editor. *Cadernos hemominas HTLV*. 4. ed. Belo Horizonte:

Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais; 2006. p. 21-45.

Millan LR, Miguel Filho EC, Lima MGA, Fraguas Junior R, Gimenes R. Psiquiatria no hospital geral - experiência de um ano. *Rev Psiquiatr Clin*. 1986;13:33-8.

Moncada GB, Romero J, Espinoza E, Leal FM. Desarrollo mental en niños com infección chagásica crónica. *Arch Venez Pueri Pediatr*. 1987;50:106-10.

Moncayo A. Progress towards interruption of transmission of Chagas disease. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 1999;94 Suppl 1:401-4.

Moncayo A, Silveira AC. Current epidemiological trends for Chagas disease in Latin America and future challenges in epidemiology, surveillance and health policy. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2009;104 Suppl 1:17-30.

Morgan BD, Rossi AP. Difficult-to-manage HIV/AIDS clients with psychiatric illness and substance abuse problems: a collaborative practice with psychiatric advanced practice nurses. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2007;18(6):77-84.

Morris JC, Heyman A, Mohs RC, Hughes JP, van Belle G, Fillenbaum G, et al. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Neurology*. 1989;39(9):1159-65.

Munoz-Moreno JA, Fumaz CR, Ferrer MJ, Gonzalez-Garcia M, Molto J, Negredo E, et al. Neuropsychiatric symptoms associated with efavirenz: prevalence, correlates, and management. A neurobehavioral review. *AIDS Rev*. 2009;11(2):103-9.

Myer L, Smit J, Roux LL, Parker S, Stein DJ, Seedat S. Common mental disorders among HIV-infected individuals in South Africa: prevalence, predictors, and validation of brief psychiatric rating scales. *AIDS Patient Care STDS*. 2008;22(2):147-58.

Nitrini R, Caramelli P, Bottino CM, Damasceno BP, Brucki SM, Anghinah R. Diagnosis of Alzheimer's disease in Brazil: cognitive and functional evaluation. Recommendations of the Scientific Department of Cognitive Neurology and Aging of the Brazilian Academy of Neurology. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63(3A):720-7.

Niu MT, Stein DS, Schnittman SM. Primary human immunodeficiency virus type 1 infection: review of pathogenesis and early treatment intervention in humans and animal retrovirus infections. *J Infect Dis*. 1993;168(6):1490-501.

Oliveira-Filho J, Vieira-de-Melo RM, Reis PS, Lacerda AM, Neville IS, Cincura C, et al. Chagas disease is independently associated with brain atrophy. *J Neurol*. 2009;256(8):1363-5.

Organização Mundial de Saúde. Chagas disease (American trypanosomiasis). Fact sheet N°340. June 2010. [acesso em 10 de abril de 2011]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/en/>.

Organização Mundial de Saúde. Suicide prevention (SUPRE). [acesso em 28 de março de 2011]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Orland JR, Engstrom J, Fridey J, Sacher RA, Smith JW, Nass C, et al. Prevalence and clinical features of HTLV neurologic disease in the HTLV Outcomes Study. *Neurology*. 2003;61(11):1588-94.

Ozaki Y, Guariento ME, Almeida EA. Quality of life and depressive symptoms in Chagas disease patients. *Qual Life Res*. 2011;20(1):133-8.

Pereyra S, Mangone C, Segura E, Genovese O, Sica REP. Rastreo cognitivo en pacientes con enfermedad de Chagas en estado crónico: estudio preliminar. *Rev Neurol Arg*. 1992;17:37-40.

Perkins DO, Davidson EJ, Leserman J, Liao D, Evans DL. Personality disorder in patients infected with HIV: a controlled study with implications for clinical care. *Am J Psychiatry*. 1993;150(2):309-15.

Pittella JEH. Central nervous system involvement in Chagas' disease: an updating. *Rev Inst Med Trop São Paulo*. 1993;35:111-6.

Poiesz BJ, Ruscetti FW, Gazdar AF, Bunn PA, Minna JD, Gallo RC. Detection and isolation of type C retrovirus particles from fresh and cultured lymphocytes of a patient with cutaneous T-cell lymphoma. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1980;77(12):7415-9.

Primo NLNP, Stein AT. Prevalência do abuso e da dependência de Álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2004;26:280-6.

Prince MJ, Bird AS, Blizard RA, Mann AH. Is the cognitive function of older patients affected by antihypertensive treatment? Results from 54 months of the Medical Research Council's trial of hypertension in older adults. *Bmj*. 1996 30;312(7034):801-5.

Programa Nacional de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico de DST/AIDS - ANO VII nº01 – 01ª a 26ª Semanas epidemiológicas-janeiro a junho de 2010. Brasília, DF 2010.

Proietti ABCF. HTLV I/II. 3. ed. Belo Horizonte: Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais; 2000.

Proietti FA, Carneiro-Proietti AB, Catalan-Soares BC, Murphy EL. Global epidemiology of HTLV-I infection and associated diseases. *Oncogene*. 2005;24(39):6058-68.

Prost JO, Romero Villanueva H, Morikone AM, Polo G, Bosch AM. Evidence of cerebral involvement in the chronic stage of Chagas disease obtained using the P300 potential and quantified electroencephalography. *Arq Neuropsiquiatr*. 2000;58(2A):262-71.

Pumpradit W, Ananworanich J, Lolak S, Shikuma C, Paul R, Siangphoe U, et al. Neurocognitive impairment and psychiatric comorbidity in well-controlled human immunodeficiency virus-infected Thais from the 2NN Cohort Study. *J Neurovirol*. 2010;16(1):76-82.

Qiu C, Winblad B, Fratiglioni L. The age-dependent relation of blood pressure to cognitive function and dementia. *Lancet Neurol*. 2005;4(8):487-99.

Reichenheim ME, Coutinho ES. Measures and models for causal inference in cross-sectional studies: arguments for the appropriateness of the prevalence odds ratio and related logistic regression. *BMC Med Res Methodol*. 2010;10:66.

Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR Recomm Rep*. 1992;41(RR-17):1-19.

Robertson K, Parsons TD, Van Der Horst C, Hall C. Thoughts of death and suicidal ideation in nonpsychiatric human immunodeficiency virus seropositive individuals. *Death Stud*. 2006;30(5):455-69.

Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(12):1069-77.

Rocha SV, Almeida MM, Araujo TM, Virtuoso Jr. JS. Prevalence of common mental disorders among the residents of urban areas in Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(4):630-40.

Rosselli D, Ardila A, Pradilla G, Morillo L, Bautista L, Rey O, et al. The Mini-Mental State Examination as a selected diagnostic test for dementia: a Colombian population study. *GENECO. Rev Neurol*. 2000;30(5):428-32.

Roth M, Tym E, Mountjoy CQ, Huppert FA, Hendrie H, Verma S, et al. CAMDEX. A standardised instrument for the diagnosis of mental disorder in the elderly with special reference to the early detection of dementia. *Br J Psychiatry*. 1986;149:698-709.

Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59:238-46.

Santos SA, Lovisi Gi, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil.

Cad Saude Publica. 2009;25:2064-74.

Sewell MC, Goggin KJ, Rabkin JG, Ferrando SJ, McElhiney MC, Evans S. Anxiety syndromes and symptoms among men with AIDS: a longitudinal controlled study. *Psychosomatics*. 2000;41(4):294-300.

Sherr L, Lampe F, Norwood S, Leake-Date H, Fisher M, Edwards S, et al. Successive switching of antiretroviral therapy is associated with high psychological and physical burden. *Int J STD AIDS*. 2007;18(10):700-4.

Sherwin BB. Steroid hormones and cognitive functioning in aging men: a mini-review. *J Mol Neurosci*. 2003;20(3):385-93.

Silva AA, Roffe E, Marino AP, dos Santos PV, Quirico-Santos T, Paiva CN, et al. Chagas' disease encephalitis: intense CD8+ lymphocytic infiltrate is restricted to the acute phase, but is not related to the presence of *Trypanosoma cruzi* antigens. *Clin Immunol*. 1999;92(1):56-66.

Silva MT, Mattos P, Alfano A, Araujo AQ. Neuropsychological assessment in HTLV-1 infection: a comparative study among TSP/HAM, asymptomatic carriers, and healthy controls. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003;74(8):1085-9.

Silveira MP, Draschler M L, Leite JC, Pinheiro CA, Silveira VL. Predictors of undetectable plasma viral load in HIV-positive adults receiving antiretroviral therapy in Southern Brazil. *Braz J Infect Dis*. 2002;6(4):164-71.

Smaira SI, Kerr-Corrêa F, Contel JOB. Psychiatric disorders and psychiatric consultation in a general hospital: a case- control study. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25:18-25.

Sousa AS, Xavier SS, Freitas GR, Hasslocher-Moreno A. Estratégias de prevenção do acidente vascular encefálico cardioembólico na doença de Chagas. *Arq Bras Cardiol*. 2008;91:306-10.

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows [programa de computador]. Versão 17.0. Chicago (IL): SPSS Inc; 2008.

Sternhell PS, Corr MJ. Psychiatric morbidity and adherence to antiretroviral medication in patients with HIV/AIDS. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002;36(4):528-33.

Stumpf B, Catalan-Soares B, Carneiro-Proietti A, Namen-Lopes S, Proietti F, Rocha F. Depression in HTLV-1 infected individuals: initial reports from the GIPH cohort in Belo Horizonte, Brazil AIDS Research and Human Retroviruses 2005;21:465.

Stumpf BP, Carneiro-Proietti AB, Proietti FA, Rocha FL. Higher rate of major depression among blood donor candidates infected with human t-cell lymphotropic virus type 1. *Int J Psychiatry Med*. 2008;38(3):345-55.

Stumpf BP, Rocha FL, Proietti ABFC. Infecções virais e depressão. *J Bras Psiquiatr.* 2006;55:132-41.

Uchoa E, Firmo JOA, Dias EC, Pereira MSN, Gontijo ED. Signos, significados e ações associados à doença de Chagas. *Cad Saude Publica.* 2002;18:71-9.

UNAIDS. AIDS Epidemic Update: December 2009. [acesso em 10 de abril de 2011]. Disponível em:
http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf.

Valle EA, Castro-Costa E, Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saude Publica.* 2009;25:918-26.

Villano LAB. Problemas Psicológicos e Morbidade Psiquiátrica em Serviços de Saúde Não-Psiquiátricos: O Ambulatório de Clínica Geral. São Paulo. Tese [Doutorado]- Escola Paulista de Medicina; 1998.

Wackermann PV, Fernandes RM, Elias J, Jr., Dos Santos AC, Marques W, Jr., Barreira AA. Involvement of the central nervous system in the chronic form of Chagas' disease. *J Neurol Sci.* 2008;269(1-2):152-7.

Weissman MM, Broadhead WE, Olfson M, Sheehan DV, Hoven C, Conolly P, et al. A diagnostic aid for detecting (DSM-IV) mental disorders in primary care. *Gen Hosp Psychiatry.* 1998;20(1):1-11.

Williams-Blangero S, VandeBerg JL, Teixeira ARL. Attitudes towards Chagas' disease in an endemic Brazilian community. *Cad Saude Publica.* 1999;15:7-14.

Yaffe K, Barrett-Connor E, Lin F, Grady D. Serum lipoprotein levels, statin use, and cognitive function in older women. *Arch Neurol.* 2002;59(3):378-84.

Zaudig M, Mittelhammer J, Hiller W, Pauls A, Thora C, Morinigo A, et al. SIDAM-A structured interview for the diagnosis of dementia of the Alzheimer type, multi-infarct dementia and dementias of other aetiology according to ICD-10 and DSM-III-R. *Psychol Med.* 1991;21(1):225-36.

ANEXOS

ANEXO A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO**

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DE PESQUISA CLÍNICA EVANDRO CHAGAS
-FIOCRUZ

COORDENADORES DA PESQUISA: Dra. Sônia Regina Lambert Passos e
Dr. Carlos Augusto Ferreira de Andrade

ENDEREÇO: Av. Brasil, 4365 – Manginhos-Rio de Janeiro – RJ CEP:
21040-900

TELEFONES: (0XX21) 38659525

**PROJETO: PERFIL DE COMORBIDADE PSIQUIÁTRICA EM PACIENTES
PORTADORES DE DOENÇAS INFECCIOSAS ACOMPANHADOS EM UM
AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA**

Você está sendo convidado (a) a participar deste estudo porque apresenta uma doença infecciosa e está sendo acompanhado (a) no Ambulatório de Psiquiatria do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas da Fundação Oswaldo Cruz (IPEC-Fiocruz).

O médico responsável por esta pesquisa neste Hospital é a Dra. Patrícia Machado Quintaes Guimarães. Antes de decidir se você deseja participar deste estudo, queremos lhe dar algumas informações: Este é um formulário de consentimento, que fornece informações sobre o estudo. Você e eu discutiremos as informações juntos. Faça perguntas quando quiser. Se concordar em participar do estudo, você deverá assinar este formulário em duas vias. Uma das vias ficará com você. É importante você saber o seguinte:

- A sua participação é voluntária, ou seja, você NÃO é obrigado (a) a participar.
- Você pode decidir não participar ou desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem prejudicar o seu atendimento médico de rotina, as consultas com os psiquiatras ou quaisquer outros benefícios a que você tenha direito.

A Psiquiatria é uma especialidade médica. Os transtornos mentais podem acontecer com qualquer indivíduo principalmente aqueles com alguma doença clínica incluindo as doenças infecciosas. A pessoa adoecida pode experimentar entre outras coisas, frustração, piora de conflitos pré-existentes, interrupção de alguns planejamentos de vida, alteração da maneira como ela se vê, dificuldade de lembrar as coisas, dificuldade para dormir e modificação do apetite. Todos estes fatores podem contribuir para um sofrimento mental. É papel do psiquiatra identificá-lo e tratá-lo adequadamente. Para isso ele pode usar além da consulta usual, algumas entrevistas e questionários previamente testados com o objetivo de estabelecer diagnósticos mais precisos.

Os propósitos deste estudo são:

1. Conhecer quais são as doenças psiquiátricas que acontecem nos pacientes com diagnóstico de doenças infecciosas acompanhados no IPEC.
2. Descrever e correlacionar os transtornos psiquiátricos com o diagnóstico clínico e características do doente como por exemplo: idade, sexo, grau de instrução, estado civil, número de filhos, renda da família, emprego e religião.
3. Descrever se as doenças infecciosas interferem com a capacidade de lembrar das coisas.

Sua participação neste estudo consiste em realizar uma entrevista com sua (seu) psiquiatra do ambulatório do IPEC que deverá durar cerca de 60 minutos. Ela será realizada num consultório do IPEC sem a presença de outras pessoas. Nesta entrevista você responderá a perguntas sobre você e serão aplicados questionários para melhor avaliar a presença ou ausência de transtornos psiquiátricos. Caso você aceite participar do estudo, algumas informações sobre sua doença e de seu tratamento serão coletadas diretamente do seu prontuário médico do IPEC. Nada do que você disser será identificado com o seu nome. Usaremos códigos numéricos ao invés de seu nome para que ninguém além dos profissionais envolvidos neste estudo tenham acesso aos seus dados. A sua participação no estudo será apenas para uma entrevista.

Planejamos entrevistar 153 pacientes que, como você, fazem acompanhamento no ambulatório de psiquiatria do IPEC.

Não há riscos importantes envolvidos em estar neste estudo. Você pode ficar emocionado (a) ou triste ao falar de você ou da sua vida. A psiquiatra que irá entrevistá-lo (a) lhe dará todo apoio. Para fins deste estudo, você não necessitará coletar sangue ou realizar qualquer exame laboratorial. Não existem benefícios diretos para você por tomar parte no estudo. As informações deste estudo podem ajudar as equipes de saúde a compreender melhor os transtornos mentais em pacientes com doenças infecciosas e tentar melhorar o atendimento. Isto pode se refletir em melhora da qualidade de vida e recuperação mais rápida da doença clínica.

Não há nenhum custo para você relacionado às entrevistas do estudo. Você não receberá nenhum pagamento por estar neste estudo. A participação neste estudo é completamente voluntária, ou seja, livre. A qualquer momento você poderá optar por não tomar parte neste estudo. Você será tratado (a) da mesma forma, independentemente da sua decisão. A equipe do estudo se compromete a tornar públicos os resultados da pesquisa.

No caso de perguntas ou problemas relacionados a esta pesquisa, contatar: Dra. Patrícia Machado Quintaes Guimarães no telefone acima ou e-mail: patricia.machado@ipec.fiocruz.br.

Para perguntas referentes aos seus direitos como voluntário deste projeto de pesquisa, entre em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa do IPEC

Avenida Brasil, 4365 – Manguinhos – Rio de Janeiro - RJ.

CEP: 21.040-900

Tel: (0XX21) 3865-9585.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu li este formulário de consentimento (ou alguém o explicou para mim), todas as minhas perguntas foram respondidas e concordo em tomar parte neste estudo. Estou ciente de que eu posso sair a qualquer momento, sem perder o direito de receber cuidados médicos e atendimento psiquiátrico. Eu recebi uma cópia deste documento, onde estão presentes os telefones, endereço eletrônico e endereço postal da pesquisadora responsável e fui informado (a) que posso tirar minhas dúvidas sobre este estudo agora ou a qualquer momento.

_____ Data: ___/___/___
Nome do participante Assinatura do participante
(em letra de fôrma)

_____ Data: ___/___/___
Nome do membro da equipe Assinatura do membro da equipe
do estudo que conduziu a do estudo que conduziu a
discussão sobre consentimento discussão sobre consentimento
(em letra de fôrma)

_____ Data: ___/___/___
Nome da testemunha* Assinatura da testemunha
(em letra de fôrma)
*se for o caso

15- Há quanto tempo mora nesta cidade? (anos, meses ou dias) anos;

meses; dias

16-Estado civil: (1-Solteiro (a); 2-Casado(a); 3-União estável;

4-Divorciado(a)/Separado(a); 5-Viúvo(a); 9-Sem informação/ignorado)

17- Sabe ler/escrever: (1-Sim; 2-Não; 9-Sem informação/ignorado)

18-Escolaridade: (1-Analfabeto (a); 2-1° grau incompleto; 3-1° grau completo;

4-2° grau incompleto; 5-2° grau completo; 6-3° grau incompleto; 7-3° grau completo;

8-Pós-graduação; 99-Sem informação/ignorado)

19- Escolaridade em anos de estudos concluídos: (99-Sem

informação/ignorado)

20- Ocupação/profissão:

21- Está trabalhando atualmente? (1-Sim; 2-Não; 9-Sem informação/ignorado)

22- Em que situação você se enquadra? (pode marcar mais de uma opção)

1. Não trabalha fora

9. Benefício: licença de saúde/auxílio doença

2. Assalariado com carteira assinada

10. Pensionista

3. Assalariado sem carteira assinada

11. Aposentado por tempo de serviço

4. Funcionário público

12. Aposentado pela doença

5. Autônomo pagando INSS

13. Aposentado por outro motivo de saúde

6. Autônomo não pagando INSS

14. Bico

7. Empregador

15. Desempregado

8. Militar

99. Ignorado

23- Renda própria: (Em salários mínimos) (99-Sem informação/ignorado)

24- Renda familiar: (Em salários mínimos) (99-Sem informação/ignorado)

25- O seu domicílio é:

55- Uso de esquema ARV no momento da entrevista: (1-Sim; 2-Não; 9-S/I/ign)

56- Se sim, data de início do primeiro esquema ARV:

INFORMAÇÕES SOBRE HTLV1/2

57-Data da primeira sorologia positiva para HTLV1/2:

58- Se data desconhecida, data aproximada do diagnóstico:

59- Manifestação clínica da doença? (1-Sim; 2-Não; 9-Sem informação/ignorado)

60- Se sim qual manifestação? _____

61- Se sim, data da primeira manifestação:

INFORMAÇÕES SOBRE DOENÇA DE CHAGAS

62-Data da primeira sorologia positiva para Chagas:

63- Se data desconhecida, data aproximada do diagnóstico:

64- Forma clínica da doença de Chagas:

(1-Cardíaca; 2-Digestiva; 3-Indeterminada; 4-Mista; 9-Sem informação/ignorado)

OUTRAS INFORMAÇÕES:

65- Listar outras comorbidades presentes no dia da entrevista:

66- Listar outros medicamentos em uso no dia da entrevista (NÃO listar psicofármacos aqui): _____

67- Outras observações: _____

PREENCHIDO EM:

REVISADO EM:

INCLUSÃO NO BANCO DE DADOS EM:

ANEXO C- *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI Plus)* versão brasileira

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**

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

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

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	ICD-10
A	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	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"/>	300.01/300.21F40.01-F41.0	
		Vida inteira <input type="checkbox"/>	300.01/300.21F40.01-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
M	TRANSTORNOS PSICÓTICOS	Vida inteira <input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/	F20.xx-F29
		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

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@ext.jussieu.fr

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

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

PARA ENTREVISTADOS COM APARÊNCIA PSICÓTICA ANTES DO INÍCIO DA ENTREVISTA, OU PARA AQUELES QUE SÃO SUSPEITOS DE APRESENTAR UMA ESQUIZOFRENIA, FAVOR 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.

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:

	<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
a 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	NÃO	SIM	NÃO	SIM	5
b Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	6
c Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	7
d Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	8
e Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	9

SE A3e = SIM: PEDIR UM EXEMPLO.
O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? NÃO SIM

		<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
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 A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

A6	Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?					
----	--	--	--	--	--	--

UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?

NÃO SIM NÃO SIM 13

SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 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					

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

A7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 14

SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

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

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

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A14 ?

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?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISTÍMICO	
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:

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

Ao longo da sua vida:

C6 Já fez alguma tentativa de suicídio ? NÃO SIM 4

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6 ?

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

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos Baixo	<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 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.

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 ÁLCOOL).	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 ÁLCOOL).	NÃO	SIM	3
----	---	---	-----	-----	---

SE D2a = SIM:

	b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
--	---	---	-----	-----	---

D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?

→
NÃO SIM

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

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

	<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>			
a	Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante? SE SIM : PEDIR UM EXEMPLO. O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? <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

Episódio Atual **Episódio Passado**

f	Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	11
	D3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3 OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?	NÃO	SIM	➔ NÃO	SIM	

VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO.

SE **D3 (SUMÁRIO)** É COTADA **NÃO** PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR **D 3 a - D3 g** PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- D4 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?
 Não Sim
- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?
 Não Sim

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

D4 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 12

SE **D4 (SUMÁRIO)** É COTADA **NÃO** PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR **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

- D6 COTAR **SIM** PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO SE:
D3 (SUMÁRIO) = SIM E **D4 (SUMÁRIO) = SIM** OU **INCERTO**
 E **D5 = NÃO**, E NENHUMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM **D3a**.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

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

- D7 COTAR **SIM** PARA EPISÓDIO MANÍACO SE:
D3 (SUMÁRIO) = SIM E **D4 (SUMÁRIO) = SIM** OU **INCERTO**
 E **D5 = SIM** OU UMA IDÉIA DELIRANTE FOI DESCRITA EM **D3a**.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

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

- D8 COTAR **SIM** SE:
D3 (SUMÁRIO) E D4b E **D5 = SIM** E **D4 (SUMÁRIO) = NÃO**

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral	
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.

SUBTIPOS

Ciclagem Rápida

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

Episódio Misto

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

Padrão Sazonal

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

Com remissão completa entre episódios

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

NÃO	SIM
<i>Episódio (Hipo) Maníaco induzido por substância</i>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

NÃO	SIM ¹⁴
<i>Ciclagem Rápida</i>	

NÃO	SIM ¹⁵
<i>Episódio Misto</i>	

NÃO	SIM ¹⁶
<i>Padrão Sazonal</i>	

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

ASSINALAR A OPÇÃO QUE SE APLICA

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

GRAVIDADE

- | | | |
|-----------|--------------------------------|--------------------------|
| X1 | Leve | <input type="checkbox"/> |
| X2 | Moderado | <input type="checkbox"/> |
| X3 | Severo sem aspectos psicóticos | <input type="checkbox"/> |
| X4 | Severo sem aspectos psicóticos | <input type="checkbox"/> |
| X5 | Em remissão parcial | <input type="checkbox"/> |
| X6 | Em remissão completa | <input type="checkbox"/> |

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

E6	E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5 (SUMÁRIO) = SIM?	NÃO	SIM	
		<i>TRANSTORNO DE PÂNICO</i>		
		VIDA INTEIRA		
E7	SE E6 = NÃO, HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA SIM EM E4 ?	NÃO	SIM	
		<i>ATAQUES POBRES EM SINTOMAS</i>		
		VIDA INTEIRA		
E8	Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios súbitos de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?	NÃO	SIM	19
	(SE RESPOSTA NEGATIVA, INSISTIR NA QUESTÃO, RELEMBRANDO CADA UM DOS SINTOMAS DESCRITOS EM E4).	<i>TRANSTORNO DE PÂNICO</i>		
		ATUAL		
E9	E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5b SÃO COTADAS SIM E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	NÃO SIM <i>Transtorno de Ansiedade com ataques de pânico devido a condição médica geral</i> ATUAL		
E10	E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5a SÃO COTADAS SIM E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	NÃO SIM <i>Transtorno de Ansiedade com ataques de pânico induzido por substância</i> ATUAL		
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	Alguna vez sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações em que poderia ter episódios súbitos de ansiedade dos quais acabamos de falar ? OU sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações dos quais é difícil escapar ou ter ajuda como: estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	NÃO	SIM	22
----	---	-----	-----	----

SE F1 = NÃO, COTAR NÃO EM F2 E F3.

F2 Sempre teve tanto medo dessas situações que na prática, as evitou, sentiu um intenso mal-estar quando as enfrentou ou procurou estar acompanhado(a) para enfrentá-las ?

NÃO
SIM 23
AGORAFOBIA VIDA INTEIRA

F3 Atualmente teme ou evita esses lugares ou situações ?

NÃO	SIM 24
AGORAFOBIA ATUAL	

SE SIM, ASSINALAR SE:

AGORAFOBIA (F2 / F3) É COTADA **SIM**?

F2 vida inteira

F3 atual

TRANSTORNO DE PÂNICO (E6/ E8) É COTADO **SIM** ?

E6 vida inteira

E8 atual

F4 a **E8** (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA **SIM**
E
F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **NÃO** ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL <i>sem Agorafobia</i>	

b **E8** (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA **SIM**
E
F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM** ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL <i>com Agorafobia</i>	

c **E6** (TRANSTORNO DE PÂNICO VIDA INTEIRA) É COTADA **NÃO**
E
F3 (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM** ?

NÃO	SIM
AGORAFOBIA ATUAL <i>sem história de Transtorno de Pânico</i>	

d **F3** (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM**
E **E8** (TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL) É COTADA **NÃO**
E **E6** (TRANSTORNO DE PÂNICO VIDA INTEIRA) É COTADA **SIM** ?

NÃO	SIM
AGORAFOBIA ATUAL <i>sem Transtorno de Pânico Atual mas com história passada de Transtorno de Pânico</i>	

e **F3** (AGORAFOBIA ATUAL) É COTADA **SIM**
E **E7** (ATAQUES POBRES EM SINTOMAS) É COTADA **NÃO**?

NÃO	SIM
AGORAFOBIA ATUAL <i>sem história de ataques pobres em sintomas</i>	

CRONOLOGIA

F5 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer ou evitar os lugares / as situações de que falamos ?

[] idade 25

F6 No último ano, durante quantos meses teve medo ou evitou de forma importante os lugares / as situações de que falamos ?

[] 26

G. FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social)

(→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO 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?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">NÃO 4 SIM</p> <p style="text-align: center;">FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social) ATUAL</p> </div>		
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?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">NÃO 4 SIM</p> <p style="text-align: center;">FOBIA ESPECÍFICA ATUAL</p> </div>		
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)

I1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo ? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo/ superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas.)	NÃO	SIM	1
----	--	-----	-----	---

→ passar a I4

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

I2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2
----	---	-----	-----	---

→ passar a I4

I3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3
----	---	-----	-----	---

obsessões

I4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4
----	--	-----	-----	---

compulsões

I3 OU I4 SÃO COTADAS SIM?

→
NÃO SIM

I5	Reconhece que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	NÃO	SIM	5
----	--	-----	-----	---

→

I6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6
----	--	-----	-----	---

I7 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
------	---	------------------------------	------------------------------	--

I7 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).

I7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	NÃO	SIM	7
---	-----	-----	---

I6 E I7 (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?

NÃO	SIM
<i>T.O.C. ATUAL</i>	

I8	I6 E I7 b SÃO COTADAS SIM E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?			
----	---	--	--	--

NÃO	SIM
<i>T.O.C. ATUAL devido a condição médica geral</i>	

I9	I6 E I7 a SÃO COTADAS SIM E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?			
----	---	--	--	--

NÃO	SIM
<i>T.O.C. ATUAL induzido por substância</i>	

CRONOLOGIA

I10	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas de que falamos ?	[] idade	8
-----	--	-----------	---

I11	No último ano, durante quantos meses teve, de forma persistente, esses problemas de que falamos ?	[]	9
-----	---	-----	---

J. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

(→) SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO 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? <small>EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO À MÃO ARMADA, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...</small>	→ NÃO	SIM	1
J2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
J3	Durante o último mês: a Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele? b Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou? c Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes? d Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros? e Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar? 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	3
		NÃO	SIM	4
		NÃO	SIM	5
		NÃO	SIM	6
		NÃO	SIM	7
		NÃO	SIM	8
	J3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM J3 ?	→ NÃO	SIM	
J4	Durante o último mês: a Teve dificuldade de dormir ? b Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente? c Teve dificuldades de se concentrar ? d Estava nervoso(a), constantemente alerta? e Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	9
		NÃO	SIM	10
		NÃO	SIM	11
		NÃO	SIM	12
		NÃO	SIM	13
	J4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM J4 ?	→ NÃO	SIM	
J5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

J5 É COTADA SIM ?

NÃO SIM
**TRANSTORNO DE ESTRESSE
 PÓS-TRAUMÁTICO
 ATUAL**

CRONOLOGIA

J6	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas ?	<input style="width: 30px; height: 15px;" 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 style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>	16
J8	No último ano, durante quantos meses apresentou esses problemas de forma persistente ?	<input style="width: 30px; height: 15px;" type="text"/>	17

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
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	

K3	Nos últimos 12 meses:			
	a Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? (COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS)	NÃO	SIM	9
	b Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO	SIM	10
	c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO	SIM	11
	d Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO	SIM	12

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K3 ?

NÃO	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL	

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

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

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

K5	Ao longo da sua vida:		
	a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO SIM	14
	b Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO SIM	15
	c Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO SIM	16
	d Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO SIM	17
	e Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO SIM	18
	f Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO SIM	19
	g Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO SIM	20

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K5 ?

→

NÃO SIM

**DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL
VIDA INTEIRA**

K6	Ao longo da sua vida:		
	a Ficou embriagado ou de "ressaca" várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas? (COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS)	NÃO SIM	21
	b Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO SIM	22
	c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO SIM	23
	d Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO SIM	24

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K6 ?

NÃO SIM

**ABUSO DE ÁLCOOL
VIDA INTEIRA**

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

ALUCINOGENÉNEOS: 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”, hasish, THC, bangh, ganja, diamba, marijuana, marihuana

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

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

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) 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:

L2	<p>Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ao longo da sua vida:</p> <p>a Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ?</p> <p>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).</p> <p>c Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?</p>	NÃO	SIM	1 2 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 ? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO). NÃO SIM

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

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

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

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

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

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

L3a E L3b (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?

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?
(COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS). | NÃO | SIM | 9 |
| | b | Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso, etc.? | NÃO | SIM | 10 |
| | c | Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA]? | NÃO | SIM | 11 |
| | d | Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] mesmo sabendo que esta(s) droga(s) lhe causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas ? | NÃO | SIM | 12 |

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM L4 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : _____

NÃO	SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

CRONOLOGIA

- | | | | |
|----|--|---|----|
| L5 | Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a consumir [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] de forma abusiva ? | <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> idade | 13 |
|----|--|---|----|

M. TRANSTORNOS PSICÓTICOS - Parte 1

PARA TODAS AS QUESTÕES DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA. **SÓ COTAR SIM SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO E / OU DA PERCEÇÃO 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 SIM : Atualmente acredita nisso ? NOTE: PEÇA EXEMPLOS PARA EXCLUIR FATOS REAIS.	NÃO	SIM	SIM	SIM	2
M2	a	Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO		SIM	SIM	3
	b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM	SIM	4
M3	a	Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de forma diferente do seu jeito habitual? Alguma vez acreditou que estava possuído(a)? CLÍNICO: PEDIR EXEMPLOS E DESCONSIDERAR O QUE NÃO FOR PSICÓTICO.	NÃO	SIM	SIM	SIM	5
	b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM	SIM	6
M4	a	Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	SIM	SIM	7
	b	SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM	SIM	8
M5	a	Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? PEDIR UM EXEMPLO. COTAR "SIM" APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIÁCAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE M1 A M4.	NÃO	SIM	SIM	SIM	9
	b	SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?	NÃO	SIM	SIM	SIM	10

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

JULGAMENTO DO CLÍNICO

M8	b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?			NÃO	SIM	15
M9	b	ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?			NÃO	SIM	16
M10	b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?			NÃO	SIM	17
M11	a	HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE M1 A M10b? SE M11a = NÃO ⇒ PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.			NÃO	SIM	

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
TRANTORNO PSICÓTICO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO*	
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 ? Não Sim
- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?
 Não Sim
- c *NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA PSICOSE ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).* Não Sim
- d UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?? NÃO SIM INCERTO 21
- SE M12d = NÃO: COTAR M13 (a, b) E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE
SE M12d = SIM: COTAR NÃO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14
SE M12d = INCERTO: COTAR INCERTO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14

M13a

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

SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:

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

NÃO	SIM	22
TRANSTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral		
Atual	<input type="checkbox"/>	
Vida inteira	<input type="checkbox"/>	
Incerto	<input type="checkbox"/>	

M13b

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

SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:

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

NÃO	SIM	23
TRANSTORNO PSICÓTICO induzido por substância		
Atual	<input type="checkbox"/>	
Vida inteira	<input type="checkbox"/>	
Incerto	<input type="checkbox"/>	

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

M15 a **Durante ou depois** desse (de um desses) período(s) em 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 PSIQUIÁTRICO (M15d) ? (1) ≥ 1 dia a <1 mês (2) ≥ 1 mês a <6 meses (3) ≥ 6 meses 31

CRONOLOGIA

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

TRANSTORNOS PSICÓTICOS - PARTE 2

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DO HUMOR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PARA OS TRANSTORNOS DO HUMOR ➔ ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

N. ANOREXIA NERVOSA

(→) SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO 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 sempre que o seu peso é inferior a ____ Kgs ? <small>[RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO NA TABELA DO MÓDULO “N” (ANOREXIA NERVOSA)]</small>	NÃO	SIM	16

O8 O5 É COTADA "SIM" E O7 COTADA "NÃO" (OU NÃO COTADA)?	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">NÃO</td> <td style="padding: 5px;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">BULIMIA NERVOSA ATUAL</td> </tr> </table>	NÃO	SIM	BULIMIA NERVOSA ATUAL	
NÃO	SIM				
BULIMIA NERVOSA ATUAL					

CRONOLOGIA

O9	Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou crises de comer descontroladamente ?	<input style="width: 40px;" type="text"/>	anos	17
O10	Desde que esses problemas de começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou crises de comer descontroladamente ?	<input style="width: 40px;" type="text"/>		18
O11	No último ano, durante quantos meses apresentou crises de comer descontroladamente ?	<input style="width: 40px;" type="text"/>		19

O12 SUBTIPOS DE BULIMIA NERVOSA Após comer descontroladamente, regularmente faz coisas como provocar vômitos, ou tomar laxantes, diuréticos ou fazer lavagem intestinal (enemas) para perder peso? <small>[NO TIPO NÃO-PURGATIVO O(A) ENTREVISTADO(A) UTILIZA-SE DE OUTROS COMPORTAMENTOS COMO PURGATIVOS PARA PERDER PESO, COMO PURGATIVOS ENEMAS]</small>	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">NÃO</td> <td style="padding: 5px;">SIM ²⁰</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><i>Tipo sem purgação</i></td> <td style="padding: 5px;"><i>Tipo purgativo</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">BULIMIA NERVOSA</td> </tr> </table>	NÃO	SIM ²⁰	<i>Tipo sem purgação</i>	<i>Tipo purgativo</i>	BULIMIA NERVOSA	
NÃO	SIM ²⁰						
<i>Tipo sem purgação</i>	<i>Tipo purgativo</i>						
BULIMIA NERVOSA							

SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVOSA

Tipo Compulsão Periódica / Purgativo

O7 E O12 SÃO COTADAS SIM?

	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">NÃO</td> <td style="padding: 5px;">SIM ²¹</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">ANOREXIA NERVOSA</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><i>Tipo Compulsão Periódica / Purgativo</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">ATUAL</td> </tr> </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 style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">NÃO</td> <td style="padding: 5px;">SIM ²²</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">ANOREXIA NERVOSA</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><i>Tipo Restritivo</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">ATUAL</td> </tr> </table>	NÃO	SIM ²²	ANOREXIA NERVOSA		<i>Tipo Restritivo</i>		ATUAL	
NÃO	SIM ²²								
ANOREXIA NERVOSA									
<i>Tipo Restritivo</i>									
ATUAL									

P. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA



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

P1	<p>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 ?</p>	→ NÃO	SIM	1
	<p>b Teve essas preocupações quase todos os dias ?</p>	→ NÃO	SIM	2
	<p>A ANSIEDADE DO(A) ENTREVISTADO(A) É RESTRITA OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ?</p>	→ 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	<p>DE P3 a A P3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO CONTEXTO DOS TRANSTORNOS JÁ EXPLORADOS ANTERIORMENTE:</p> <p>Nos últimos 6 meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:</p> <p>a Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?</p> <p>b Tinha os músculos tensos?</p> <p>c Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?</p> <p>d Tinha dificuldade para se concentrar ou tinha esquecimentos / “branco na mente” ?</p> <p>e Sentia-se particularmente irritável ?</p> <p>f Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?</p>			
	<p>P3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM P3 ?</p>	→ 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	<p>a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?</p> <p>b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p>	
	<p><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></p>			
	<p>P5 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?</p>	NÃO	SIM	12
	<p>P5 (SUMÁRIO) É COTADA SIM ?</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</p>		
P6	<p>P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 b É COTADA SIM ?</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL devido a condição médica geral</p>		
P7	<p>P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 a É COTADA SIM ?</p>	<p>NO YES</p> <p>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL induzido por substância</p>		

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
TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTISOCIAL VIDA INTEIRA	

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
Entre esses vários problemas físicos que teve e que o(a) perturbaram durante vários anos:					
R2	Teve dores:	de cabeça ?	NÃO	SIM	5
		de barriga ?	NÃO	SIM	6
		nas costas ?	NÃO	SIM	7
		nas juntas, nos braços ou nas pernas, no peito ou no reto ?	NÃO	SIM	8
		durante a menstruação ?	NÃO	SIM	9
		durante as relações sexuais ?	NÃO	SIM	10
		para urinar ?	NÃO	SIM	11
		HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM R2 ?	→ NÃO	SIM	
R3	Teve algum dos seguintes problemas abdominais:	náuseas ?	NÃO	SIM	12
		gases ?	NÃO	SIM	13
		vômitos ?	NÃO	SIM	14
		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	SIM	18
		ciclos menstruais irregulares ?	NÃO	SIM	19
		sangramentos abundantes durante a menstruação ?	NÃO	SIM	20
		vômitos durante a gravidez ?	NÃO	SIM	21
		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	SIM	22
		dificuldades de coordenação ou sensação de desequilíbrio ?	NÃO	SIM	23
		dificuldade de engolir ou sensação de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	24
		dificuldade de falar ?	NÃO	SIM	25
		dificuldade de urinar ?	NÃO	SIM	26
		perda do tato ou sensações dolorosas ?	NÃO	SIM	27
		visão dupla ou cegueira por alguns momentos?	NÃO	SIM	28
		ficar surdo ou ter desmaios ou convulsões ?	NÃO	SIM	29
		períodos importantes de perda de memória?	NÃO	SIM	30
		sensações inexplicadas no seu corpo ?	NÃO	SIM	31
		(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
R6 E R7 (SUMÁRIO): JULGAMENTO DO CLÍNICO: UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?		NÃO	SIM	
R8	Esses problemas ou a incapacidade que eles causavam eram muito mais importantes do que se podia esperar considerando a gravidade da doença ?	NÃO	SIM	34
R7 (SUMÁRIO) OU R8 É COTADA SIM?		→	NÃO	SIM
R9	Os problemas /sintomas descritos eram produzidos ou simulados de propósito (COMO NO TRANSTORNO FACTÍCIO) ?	→	NÃO	SIM 35

R9 É COTADA NÃO ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO VIDA INTEIRA	

R10 Atualmente você ainda apresenta esses problemas ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO ATUAL	

S. HIPOCONDRIA

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

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

S6 **S5 É COTADA SIM?**

NÃO	SIM
HIPOCONDRIA ATUAL	

T. TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

(→) SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO 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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">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 ↓ Agudo	SIM ↓ Crônico	7						
U8	U6 É COTADA NÃO ? SE U8 É COTADA SIM E U7 É COTADA NÃO = AGUDO E U7 É COTADA SIM = CRÔNICO	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">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.

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

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

V2 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA CONDUTA ATUAL	

Subtipos

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

Assinalar tudo que for apropriado

-
-
-
-
-

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

(→) SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO 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
	W1 (SUMÁRIO): HÁ 6 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM W1?	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

W2 (SUMÁRIO): HÁ 6 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM W2?

→

NÃO SIM

W3 Alguns desses problemas de agitação ou de falta de atenção de que falamos começaram antes dos 7 anos de idade ?

→

NÃO SIM 19

W4 Esses comportamentos causaram problemas em duas ou mais das seguintes situações: na escola, no trabalho, em casa, ou com seus amigos ou familiares ?

→

NÃO SIM 20

W4 É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE ATUAL	

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (Adulto)

➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO 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 intrumetido(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 chuva 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 ?			
	UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	→ NÃO	SIM	5
X5	Esses problemas emocionais ou de comportamento persistiram durante mais de 6 meses depois que esse fato / situação de vida estressante terminou ? (SE O FATO / SITUAÇÃO ESTRESSANTE AINDA ESTÁ PRESENTE COTAR NÃO).	→ NÃO	SIM	6

OS SEGUINTE SINTOMAS EMOCIONAIS / DE COMPORTAMENTO ESTÃO PRESENTES ?

QUALIFICADORES:

ASSINALAR TUDO QUE FOR APROPRIADO

- | | |
|---|--------------------------|
| A Depressão, crises de choro, desesperança. | <input type="checkbox"/> |
| 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:

- Somente **A**, cotar Transtorno de Ajustamento com humor depressivo (309.0)
- Somente **B**, cotar Transtorno de Ajustamento com ansiedade (309.24)
- Somente **C**, cotar Transtorno de Ajustamento com perturbação da conduta (309.3)
- Somente **A e B**, cotar Transtorno de Ajustamento misto de ansiedade e depressão (309.28)
- **C e (A ou B)**, cotar Transtorno do Ajustamento com perturbação mista das emoções e conduta (309.4)
- Somente **D**, cotar Transtorno do Ajustamento Inespecificado (309.9)

SE X5 = NÃO, COTAR SIM E ESPECIFICAR OS QUALIFICADORES

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO	
com _____	
<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).

NÃO SIM
TRANSTORNO DISFÓRICO
PRÉ-MENSTRUAL
PROVÁVEL
ATUAL

Z. TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO

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

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

Z1	Alguma vez sentiu-se constantemente triste, desanimado(a), deprimido(a), durante pelo menos 1 mês ?	➔ NÃO	SIM	1				
Z2	Quando sentiu-se constantemente deprimido(a), teve algum dos problemas seguintes, durante pelo menos 1 mês :							
	a. Teve dificuldade de se concentrar ou "brancos na mente" ?	NÃO	SIM	2				
	b. Teve problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	3				
	c. Sentiu-se cansado (a), sem energia ?	NÃO	SIM	4				
	d. Sentiu-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	5				
	e. Ficou excessivamente preocupado(a) por pelo menos um mês?	NÃO	SIM	6				
	f. Chorava facilmente ?	NÃO	SIM	7				
	g. Ficou constantemente alerta com relação a possíveis perigos?	NÃO	SIM	8				
	h. Temia sempre o pior ?	NÃO	SIM	9				
	i. Sentiu-se sem esperança ?	NÃO	SIM	10				
	j. Perdeu a auto-confiança ou sentiu-se inútil ?	NÃO	SIM	11				
	Z2 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM Z2 ?	➔ NÃO	SIM					
Z3	Esses problemas lhe causaram sofrimento importante ou perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	➔ NÃO	SIM	12				
Z4	a. Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	<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 VIDA INTEIRA	NÃO	SIM	14				
	Distímia VIDA INTEIRA	NÃO	SIM	15				
	Transtorno de Pânico VIDA INTEIRA	NÃO	SIM	16				
	Transtorno de Ansiedade Generalizada VIDA INTEIRA	NÃO	SIM	17				
	b. ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA: qualquer outro Transtorno Ansioso	NÃO	SIM	18				
	qualquer outro Transtorno do Humor	NÃO	SIM	19				
	c. A SINTOMATOLOGIA PRESENTE É MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO ?	NÃO	SIM	20				
Z6	Z5c É COTADA NÃO?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO ATUAL</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO ATUAL								

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

Transtorno Depressivo Maior

Episódio Único/F32.x

296.20/F32.9	inespecificado
296.21/F32.0	leve
296.22/F32.1	moderado
296.23/F32.2	severo sem aspectos psicóticos
296.24/F32.3	severo com aspectos psicóticos
296.25/F32.4	em remissão parcial
296.26/F32.4	em remissão completa

Episódio Recorrente/F33.x

296.30/F33.9	inespecificado
296.31/F33.0	leve
296.32/F33.1	moderado
296.33/F33.2	severo sem aspectos psicóticos
296.34/F33.3	severo com aspectos psicóticos
296.35/F33.4	em remissão parcial
296.36/F33.4	em remissão completa

Transtorno Distímico

300.4/F34.1

Mania

Tr. Bipolar I, Episódio Maníaco único /F30.x

296.00	inespecificado
296.01/F30.1	leve
296.02/F30.1	moderado
296.03/F30.1	severo sem aspectos psicóticos
296.04/F30.2	severo com aspectos psicóticos
296.05/F30.8	em remissão parcial
296.06/F30.8	em remissão completa

Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Maníaco /F31.x

296.40/F31.0	Hipomaníaco
296.40	inespecificado
296.41/F31.1	leve
296.42/F31.1	moderado
296.43/F31.1	severo sem aspectos psicóticos
296.44/F31.2	severo com aspectos psicóticos
296.45/F31.7	em remissão parcial
296.46/F31.7	em remissão completa

Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Depressivo /F31.x

296.50	inespecificado
296.51/F31.3	leve
296.52/F31.3	moderado
296.53/F31.4	severo sem aspectos psicóticos
296.54/F31.5	severo com aspectos psicóticos
296.55/F31.7	em remissão parcial
296.56/F31.7	em remissão completa

Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Misto /F31.x

296.60	inespecificado
296.61/F31.3	leve
296.62/F31.3	moderado
296.63/F31.4	severo sem aspectos psicóticos
296.64/F31.5	severo com aspectos psicóticos
296.65/F31.7	em remissão parcial
296.66/F31.7	em remissão completa
296.70/F31.9	Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Inespecificado
296.80/F31.9	Tr. Bipolar I, SOE
296.89/F31.8	Tr. Bipolar II

Transtorno do Pânico/F40.01

300.01/F41.0	Sem Agorafobia
300.21/F40.01	Com Agorafobia

Agoraphobia

300.22/F40.00	Sem história de Transtorno de Pânico
---------------	--------------------------------------

Fobia Social (Tr. de Ansiedade Social)

300.23/F40.1

Fobia Específica

300.29/F40.2

Transtorno Obsessivo-compulsivo

300.30/F42.8

Transtorno de Ansiedade Generalizada

300.02/F41.1

Abuso / Dependência de Substâncias

303.90/F10.2x	Dependência do Álcool
305.00/F10.1	Abuso do Álcool
305.20/F12.1	Abuso de Cannabis
305.30/F16.1	Abuso de alucinógenos
305.40/F13.1	Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos
305.50/F11.1	Abuso de opióides
305.60/F14.1	Abuso de cocaína
305.70/F15.1	Abuso de anfetaminas
305.90/F15.00	Intoxicação por cafeína
305.90/F18.1	Abuso de inalantes
305.90/	Abuso de outras substâncias
F19.00-F19.1	Abuso
305.90/F19.1	Abuso de Fenciclidina

Transtornos Psicóticos

295.10/F20.1x	Esquizofrenia, Tipo Desorganizado
295.20/F20.2x	Esquizofrenia, Tipo Catatônico
295.30/F20.0x	Esquizofrenia, Tipo Paranoide
295.40/F20.8	Transtorno Esquizofreniforme
295.60/F20.5x	Esquizofrenia, Tipo Residual
295.70/F25.x	Transtorno Esquizoafetivo
295.90/F20.3x	Esquizofrenia, Tipo Indiferenciado
297.10/F22.0	Transtorno Delirante
297.30/F24	Transtorno Psicótico Compartilhado
293.81/F06.2	Transtorno Psicótico devido a..... (indicar a condição médica geral) com Delírios
293.82/F06.0	Transtorno Psicótico devido a..... (indicar a condição médica geral) com Alucinações
293.89/F06.4	Transtorno Ansioso devido a..... (indicar a condição médica geral)
293.89/F06.x	Transtorno Catatônico devido a..... (indicar a condição médica geral)
298.80/F23.xx	Transtorno Psicótico Breve
298.90/F29	Transtorno Psicótico SOE

Anorexia Nervosa

307.10/F50.0

Bulimia Nervosa

307.51/F50.2

Transtorno de Estresse Pós-Traumático

309.81/F43.1

Risco de Suicídio

Nenhum código alocado

Transtorno da Personalidade Anti-social

301.70/F60.2

Transtornos Somatoformes

300.81/F45.0	Transtorno de Somatização
300.70/F45.2	Hipocondria
300.70/F45.2	Transtorno Dismórfico Corporal

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 (or 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:

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

REFERÊNCIAS

- Sheehan DV, Lecrubier Y, 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
Estonian	J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl
Farsi/Persa	K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M.Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francês	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim , L. Bonora, J.P. Lepine
Grego	S. Beratis
Gujarati	
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson
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. Balaz
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

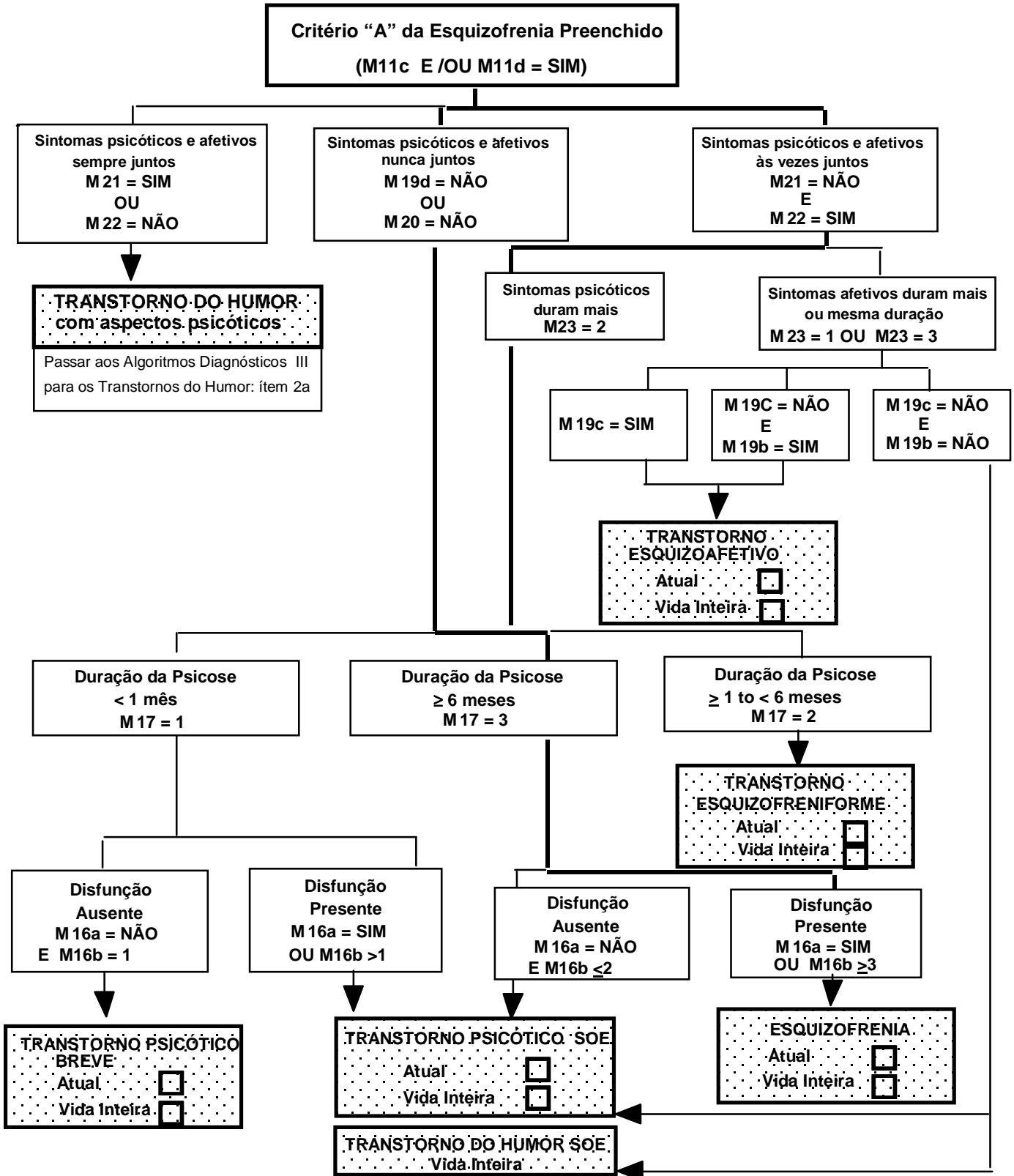
Dr. Humberto Nagera por suas contribuições nos módulos TDAH (para crianças e adultos)

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

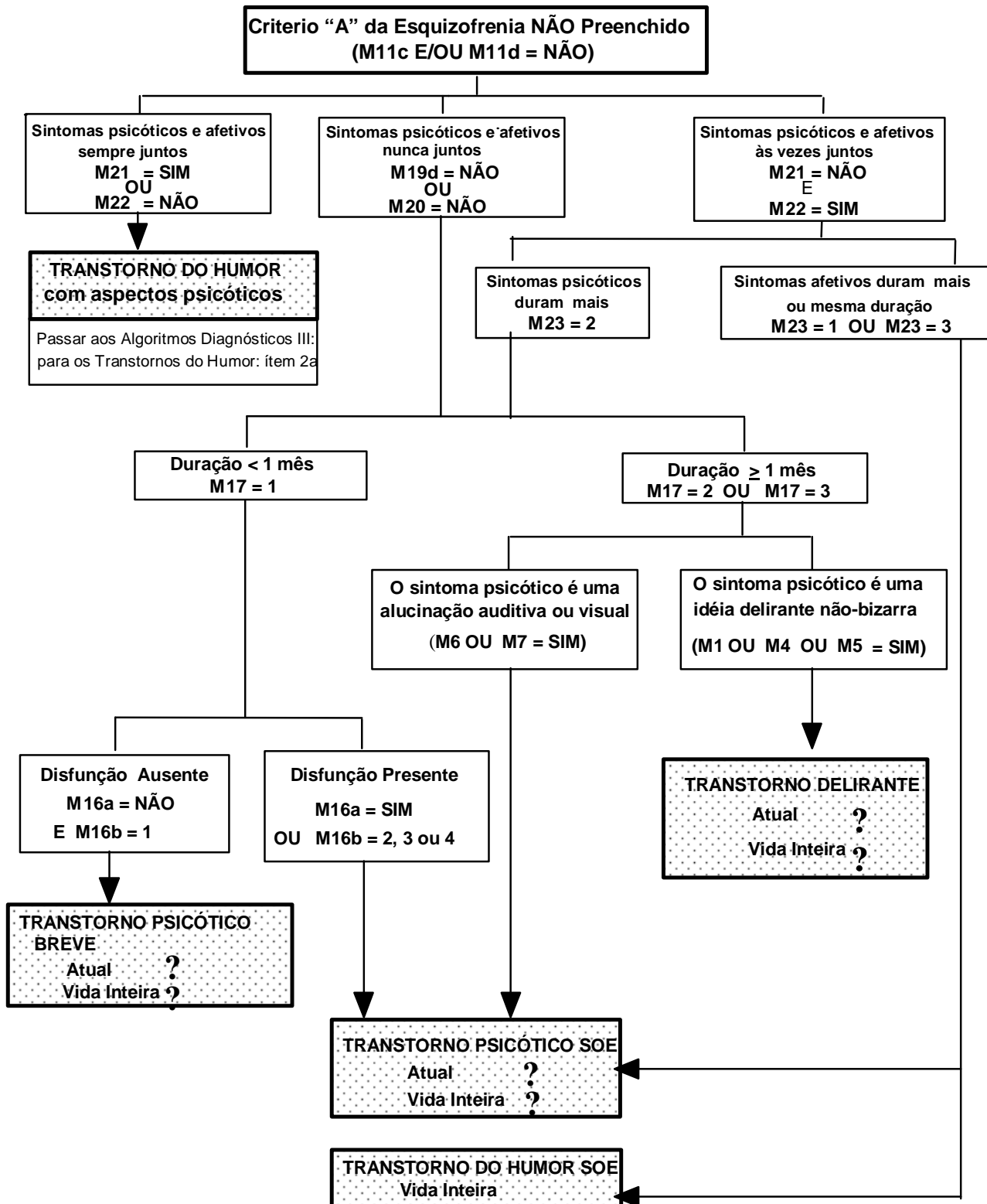
TRANSTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I

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.



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"/>	
TRANSTORNOS DO HUMOR (código)			
• 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 D- Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Nome: _____

Prontuário: _____

Data: __/__/__

Mini exame do Estado Mental**Orientação temporal:** pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- () Que dia é hoje?
- () Em que mês estamos?
- () Em que ano estamos?
- () Em que dia da semana estamos?
- () Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)

Orientação espacial: pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- () Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala. apontando para o chão)
- () Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)
- () Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?
- () Em que cidade nós estamos?
- () Em que Estado nós estamos?

Memória imediata: Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo (dê 1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.

- () Carro
- () Vaso
- () Tijolo

Cálculo: subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto. Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrige.

- () $100-7= 93$
- () $93-7=86$
- () $86-7=79$
- () $79-7=72$
- () $72-7= 65$

Evocação das palavras: pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir. 1 ponto para cada resposta correta.

- () Carro
- () Vaso
- () Tijolo

Nomeação: peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta).
1 ponto para cada.

- () Relógio
() Caneta

Repetição: Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: Nem aqui, nem ali, nem lá. Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto)

- () Repetiu a frase

Nome: _____

Prontuário: _____

Data: __/__/__

Comando: Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

- () Pegue este papel com a mão direita
() Dobre-o ao meio
() Coloque-o no chão

Leitura: mostre a frase escrita "FECHE OS OLHOS" e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.

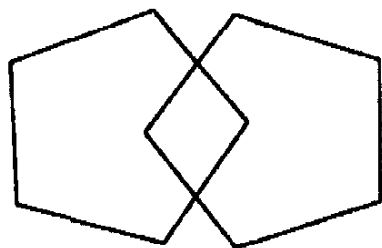
- () Fechou os olhos.

Frase: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados

erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto).

- () Escreveu a frase

Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (1 ponto).



- () Copiou o desenho corretamente

Escore: _____/30.

ANEXO E- Certificado do treinamento da versão brasileira do MINI Plus 5.0

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW - M.I.N.I.


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

BRASIL : P. Amorim – Universidade Federal de Goiás - Goiânia

Certificamos que PATRÍCIA MACHADO QUINTAES GUIMARÃES participou de treinamento no uso da versão brasileira do MINI Plus 5.0, com duração de 8 horas, realizado na Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), nesta data, estando **apta a utilizar o MINI (Plus, Core e Screen)** em atividades clínicas, de ensino e pesquisa (sem fins lucrativos).

Rio de Janeiro, 22 de agosto de 2009



Profª Drª Patrícia Amorim

responsável pelo treinamento de utilizadores no Brasil



ANEXO F- Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do IPEC



Ministério da Saúde
 FIOCRUZ
 Fundação Oswaldo Cruz
 Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas



Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO – 067/2009

Protocolo 0063.0.009.000-09

1. Identificação:

Título do Projeto: "Perfil da comorbidade psiquiátrica em pacientes portadores de doenças infecciosas acompanhados em um ambulatório de psiquiatria".

Pesquisadora Responsável: Sonia Regina Lambert Passos.

Mestranda: Patrícia Machado Quintaes Guimarães.

Instituição Responsável: Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIOCRUZ.

Data de Apresentação ao CEP: 15/10/2009.

2. Sumário:

Visa a analisar o perfil de comorbidade psiquiátrica nos pacientes ambulatoriais do Centro de Referência em Doenças Infecciosas do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas. Tem como objetivos específicos: 1) analisar e correlacionar os transtornos cognitivo segundo rastreamento baseado no Mini Exame do Estado Mental (MEEM); 2) descrever os motivos de encaminhamento para o ambulatório de Psiquiatria; 3) correlacionar os diagnósticos elaborados pelos psiquiatras com os obtidos através do Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI Plus), versão brasileira. Trata-se de um estudo seccional com base em dados clínicos e de anamnese psiquiátrica estruturada. Serão incluídos os pacientes atendidos no ambulatório de Psiquiatria do IPEC/Fiocruz no período de janeiro de 2007 a outubro de 2009. Será elaborado um rol com todos os prontuários de pacientes atendidos no ambulatório de Psiquiatria no período de estudo e extraído 153 pacientes aleatoriamente selecionados por meio do software Win Pepi 4.0.

3. Observações Gerais: (Atendendo à Resolução CNS 196/96).

Projeto com delineamento adequado. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em linguagem acessível ao sujeito da pesquisa. Os recursos necessários estão disponíveis no Laboratório de Epidemiologia Clínica IPEC/Fiocruz. Fazem parte integrante deste projeto os Anexos: 1) Ficha de coleta de dados - Projeto comorbidade psiquiátrica IPEC, versão 1.0 de 21/06/2009 e 2) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI Plus), versão brasileira.

4. Diligências:

Não houve.

5. Parecer: APROVADO.

Data da Reunião: 16 de novembro de 2009.

Assinatura do Coordenador:

Lea Camilo Cruz
 Dra. Lea Camilo Cruz
 Coordenadora do Comitê
 de Ética em Pesquisa
 IPEC / FIOCRUZ