

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas

Análise do polimorfismo A218C no gene da triptofano hidroxilase em pacientes deprimidos
que tentaram o suicídio

Dissertação de Mestrado

Aluna: Clarissa Pujol

Orientadora: Dra. Sandra Leistner-Segal

2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

P979a Pujol, Clarissa

Análise do polimorfismo A218C no gene da triptofano hidroxilase em pacientes deprimidos que tentaram o suicídio. /Clarissa Pujol; orient. Sandra Leistner-Segal. – 2006. 125 f. il. col.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas. Porto Alegre, BR-RS, 2006.

1. Polimorfismo Genético 2. Triptofano Hidroxilase 3. Depressão 4. Suicídio I. Leistner-Segal, Sandra II. Título.

NLM: WM 171

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

Agradecimentos

Ao Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas da UFRGS, por propiciar respaldo acadêmico e científico para a realização deste trabalho, primando pela qualidade do ensino.

A meus pais científicos, Sandra e Jair Segal, por todo o carinho, atenção, compreensão, auxílio e confiança que sempre tiveram comigo desde minha Iniciação Científica, e principalmente pela paciência que me dedicaram nestes últimos dias.

A meus pais biológicos, Vera e Pujol, por sempre incentivarem meus projetos, apoiarem e darem suporte logístico para que eu pudesse realizá-los. Obrigada pelo ótimo exemplo de como ser gente.

Ao Professor Krüger, pela compreensão durante o tempo que passou, pelo apoio e amor incondicionais e pelo café na madrugada.

À Dora, pelas inúmeras portas abertas, pelas sugestões e conceitos valiosos.

A todos os colegas do laboratório, principalmente Ana e Luciane, pela amizade nas horas mais desesperadoras. Ao Rafael, em especial, por sempre ter algo animador para dizer.

Ao Matias Bressel, pelo excelente e valioso apoio durante a análise estatística, e pelas consultorias por telefone.

À minhas colegas Fernanda e Cassandra, que mesmo longe continuam perto.

A todos os meus professores, principalmente àquela me ensinou a fazer minha primeira observação científica, Professora Maria Isabel. Obrigada por me ajudar a descobrir meu amor pela ciência.

Dedico este trabalho, assim como todos os anteriores e futuros às minhas filhas Paola e Pietra,
meu projeto mais audacioso e mais bem sucedido.

Sumário

Lista de abreviaturas e siglas.....	5
Lista de figuras.....	6
Lista de tabelas.....	7
Resumo.....	8
Abstract.....	9
1. Introdução.....	10
2. Revisão da literatura.....	11
2.1. Dados epidemiológicos.....	11
2.2. A depressão e o suicídio.....	13
2.3. O comportamento suicida.....	15
2.4. Genética e suicídio.....	17
3. Objetivos.....	25
4. Considerações éticas.....	26
5. Referências bibliográficas.....	27
6. Artigo em inglês	
Association of the Tryptophan Hydroxylase A218C polymorphism with suicide attempt in Brazilian depressed patients*.....	34
7. Artigo em português	
Polimorfismo A218C do gene da triptofano hidroxilase: associação ao comportamento suicida em pacientes brasileiros deprimidos*.....	48
8. Considerações finais e perspectivas.....	63
9. Anexos.....	65

Lista de Abreviaturas e Siglas

5-HT	5-hidroxitriptamina ou Serotonina
5-HTP	5 -hidroxitriptofano
5-HIAA	ácido 5-hidroxindolacético
5-HTT	Transportador da Serotonina
5-HTTLPR	Região polimórfica do gene do transportador de serotonina
5-HT1A	Receptor da Serotonina 1A
5-HT2A	Receptor da Serotonina 2A
5-HT1B	Receptor da Serotonina 1B
DNA	Ácido Desoxiribonucleico
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HPS	Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre
OMS	Organização Mundial da Saúde
MAO	monoamino oxidase
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
pb	pares de base
PCR	Polimerase Chain Reaction
RFLP	Restriction Fragment Length Polymorphism
SIS	Suicide Intent Scale
VNTR	Variable Number Tandem Repeats
TPH	triptofano hidroxilase
OR	odds ratio
SNP	single nucleotide polymorphism

Lista de Tabelas

Tabela 1: Dados e frequências genótípicas e alélicas nos pacientes e controles.

Tabela 2: Características das tentativas de suicídio, frequências genótípicas e alélicas nos pacientes.

Lista de Figuras

Figura 1: Mapa das taxas de suicídio por 100.000, dados disponíveis em Março de 2002.

Figura 2: Distribuição por idade dos casos de suicídio em 1950 e 2000.

Figura 3: Sistema serotoninérgico – produção de serotonina.

Resumo

Atualmente o suicídio é um problema de saúde pública importante no mundo inteiro, sendo a terceira causa de morte entre pessoas com idades entre 15 e 44 anos. As tentativas de suicídio são aproximadamente 6 vezes maior em números do que as mortes por suicídio. Transtornos mentais, principalmente depressão maior, aparecem associados em 90% dos casos de suicídio. Há provavelmente uma relação entre o sistema serotoninérgico e o suicídio. A triptofano hidroxilase é a enzima que converte o triptofano em 5-hidroxitriptofano, sendo a limitante das taxas de serotonina no cérebro. O objetivo deste estudo foi avaliar uma amostra de pacientes deprimidos que tentaram o suicídio com relação ao polimorfismo A218C do gene da triptofano hidroxilase. A amostra foi composta de 105 pacientes deprimidos que tentaram suicídio e 139 controles doadores voluntários do Banco de Sangue. A avaliação diagnóstica dos pacientes foi feita através de entrevista psiquiátrica clínica e por entrevista diagnóstica padronizada breve Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) para adultos. A região genômica contendo o polimorfismo A218C foi amplificada através do método da Reação em Cadeia da Polimerase (PCR), seguido de reação com enzima de restrição (*Bfal*) para verificar a presença ou ausência do polimorfismo, de acordo com a técnica de RFLP (*Restriction Fragment Length Polymorphism*). O genótipo CC mostrou-se significativamente mais freqüente no grupo caso contra o grupo controle ($\chi^2 = 8,004$, $p = 0,018$, OR: 4,123). Entre os pacientes, encontramos associação entre o genótipo AC e a intenção suicida ($\chi^2 = 6,157$; $p = 0,046$). Nossos resultados indicam associação entre o gene da triptofano hidroxilase e o comportamento suicida nesta amostra. Deve-se lembrar, no entanto, que o comportamento suicida é um fenótipo multideterminado, não podendo ser explicado por um único gene ou por um único fator ambiental, mas sim por um conjunto de fatores genéticos e ambientais.

Abstract

Suicidal behavior is currently a major public health problem worldwide, being the third cause of death among people aged 15-44 years. Suicide attempts are estimated to be at least 6 times greater than complete suicide. Mental disorders appear to be associated with 90% of suicide cases. Serotonergic system is probably related to suicide. Tryptophan hydroxylase is the enzyme that converts tryptophan to 5-hydroxytryptophan, being the rate-limiting enzyme in the synthesis of serotonin. The aim of this study was to evaluate a group of depressed patients with suicide attempt regarding the presence of the A218C polymorphism in the tryptophan hydroxylase gene. The studied sample was composed by a group of 105 depressed patients who attempted suicide and a control group of 139 voluntary blood donors. Diagnostic assessment of these patients was done by means of a clinical psychiatric interview and the standardized diagnosis interview Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) for adults. Genomic region containing the A218C polymorphism was amplified by Polymerase Chain Reaction (PCR), followed by reaction with restriction enzyme (*Bfal*) to verify the presence or absence of the polymorphism, according to the Restriction Fragment Length Polymorphism technique (RFLP). We found association between the genotype CC and the suicidal behavior. The homozygous polymorphic genotype appears to be in significative association with suicidal behavior, being more frequent in the case group ($\chi^2=8,004$, $p=0,018$, OR: 4,123) against the controls. Inside the case group, we detected association between heterozygous genotype AC and suicidal intention ($\chi^2=6,157$; $p=0,046$). Our findings allow us to infer that there is an association between the tryptophan hydroxylase gene and suicidal behavior in this sample.

1. Introdução

O suicídio é um problema que cresce no mundo inteiro. A Europa Oriental tem as taxas mais elevadas de óbitos por suicídio, enquanto que as menores taxas encontram-se nos países da América Latina.

O comportamento suicida é o resultado de uma complexa interação entre vários fatores. Contribuem para o ato suicida abuso de substâncias (drogas e álcool), abuso físico ou sexual durante a infância, isolamento social, transtornos psiquiátricos, doenças físicas dolorosas, a facilidade de acesso aos meios para suicídio (armas de fogo, por exemplo).

O melhor fator preditivo para o suicídio é uma tentativa de suicídio anterior. É fundamental para o controle das taxas de suicídio que haja um melhor e das doenças psiquiátricas, o que pode ser implementado com uma facilitação do acesso a serviços de saúde.

A Organização Mundial de Saúde lançou em 1999 um programa internacional para a prevenção do suicídio, que objetiva reduzir a frequência do comportamento suicida, identificar e avaliar fatores de predisposição ao suicídio e conscientizar as pessoas em relação ao suicídio, buscando desfazer o tabu que cerca o tema.

2. Revisão da literatura

2.1. Dados epidemiológicos

É preocupante a dimensão que a mortalidade por suicídio vem tomando na população mundial. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, no ano 2000 cerca de um milhão de pessoas morreram por suicídio, o que equivale a uma vítima a cada quarenta segundos. Nos últimos 45 anos as taxas de suicídio aumentaram em 60% ao redor do mundo. A Organização Mundial de Saúde define o suicídio como “desfecho morte para uma auto agressão com graus variados de intenção e letalidade” (OMS, 1999). Dados a respeito do número de tentativas de suicídio são escassos, devido à falta de notificação, mas estima-se que sejam até vinte vezes maiores que aqueles referentes ao suicídio completo. Mesmo estes ainda hoje são subestimados, visto que o ato suicida é muitas vezes encarado com preconceito.

Em muitas sociedades, religiosas ou não, o suicídio ainda hoje é tratado como algo vergonhoso, resultado de falência pessoal, familiar e/ou social. Este assunto constitui um tabu, e não é discutido abertamente, o que dificulta a adoção de medidas de prevenção e manejo. Por esse motivo, a pesquisa e a intervenção médica acabam por ficar prejudicadas, por falta de notificação adequada dos casos de suicídio (subnotificação, informação de dados errôneos). Dessa maneira, apesar da relevância dos dados estatísticos, podemos concluir que estes estão subestimados. Claro que a situação se agrava quando falamos em tentativas de suicídio, já que não é realizado o registro destas. Além do mais, em alguns países, principalmente no continente africano, não há registros dos casos de óbitos por suicídio. Na figura 1 pode-se visualizar a distribuição das taxas de suicídio no mundo. Na figura 2 está apresentada a distribuição destas taxas por faixa etária.

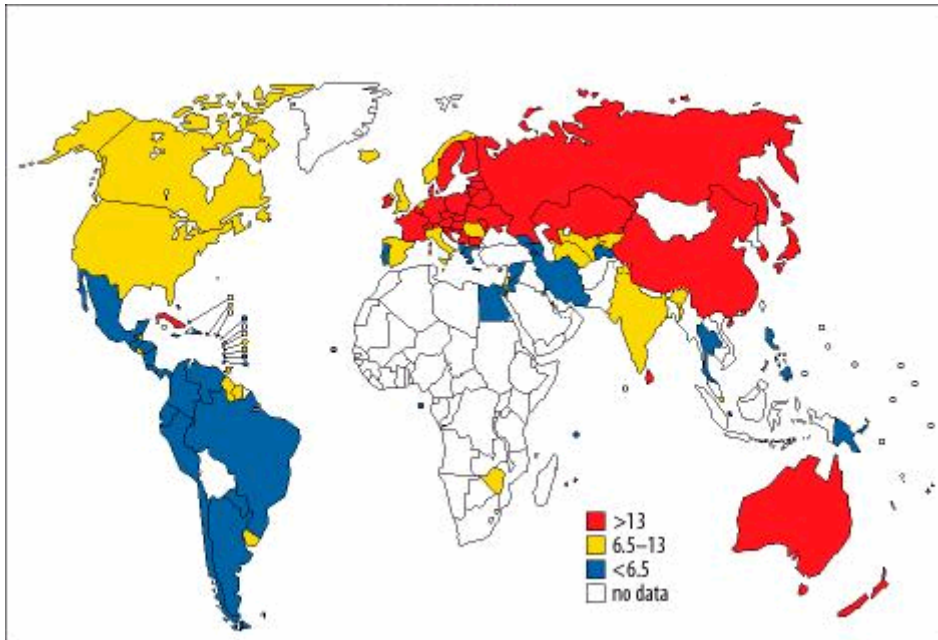


Figura 1: Mapa das taxas de suicídio por 100.000, dados disponíveis em Março de 2002. Fonte: OMS

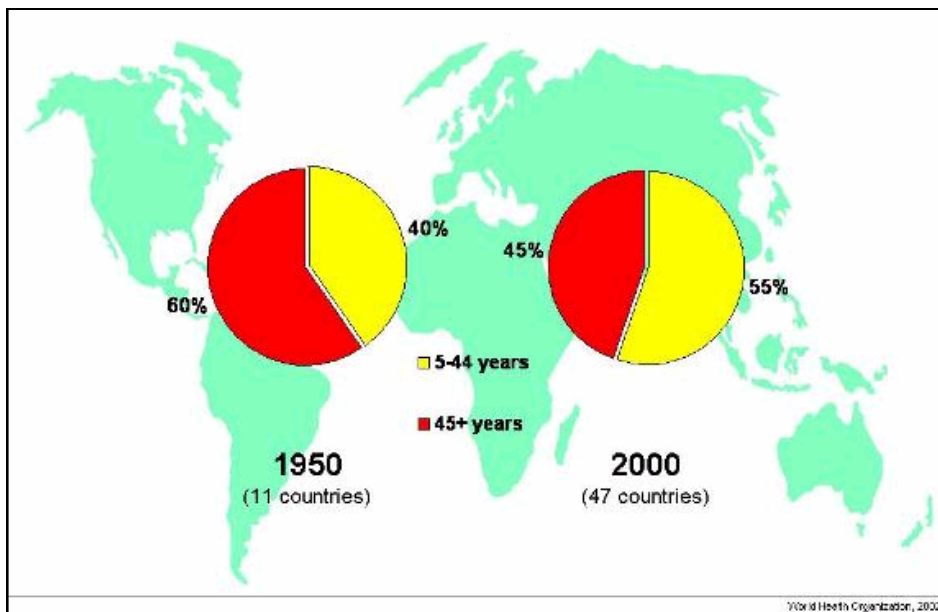


Figura 2: Distribuição por idade dos casos de suicídio em 1950 e 2000. Fonte: OMS

Hoje o suicídio constitui-se na terceira principal causa de morte entre adolescentes e adultos jovens (15-24 anos) nos EUA. No Brasil, o coeficiente de mortalidade por suicídio é baixo, 6,6 óbitos por 100.000 habitantes. As maiores taxas nas Américas são observadas em Cuba (18,25/100.000 hab), Uruguai (13,57/100.000 hab), Canadá (11,87/100.000 hab) e Estados Unidos (10,69/100.000 hab). Porém, analisando-se separadamente as capitais

brasileiras, verifica-se índices alarmantes em três cidades: Boa Vista, onde há cerca de 15 óbitos por suicídio a cada 100.000 habitantes, Florianópolis e Porto Alegre, com taxas de aproximadamente 13 óbitos para cada 100.000 habitantes (Barros *et al*, 2004).

Em quase 90% dos casos de suicídio há diagnóstico de algum transtorno psiquiátrico (basicamente depressão maior e abuso de substâncias psicoativas). Uma minoria é desencadeada por eventos estressantes em indivíduos saudáveis. O comportamento suicida difere entre homens e mulheres. Dentre as mulheres é maior o número de tentativas de suicídio de baixa letalidade, enquanto que aproximadamente 80% dos suicídios completos são realizados por homens, normalmente por métodos mais violentos (Roy *et al*, 1999).

Ainda é escassa a literatura apontando fatores preditivos relevantes para o suicídio e fatores de predisposição e proteção, a despeito dos inúmeros estudos de associação para o comportamento suicida. É consenso, entretanto, que o melhor fator preditivo para o suicídio é uma tentativa prévia, além do diagnóstico de algum transtorno psiquiátrico ou o abuso de substâncias psicoativas.

2.2. A depressão e o suicídio

Transtornos de humor são comumente denominados transtornos afetivos. Depressão e mania são consideradas extremos opostos de um espectro de humor. Classicamente, na depressão dita unipolar os pacientes sofrem apenas os sintomas do pólo inferior, o depressivo. Já no transtorno de humor bipolar, há alternância de períodos distintos, nos quais o paciente sofre ora dos sintomas depressivos ora dos sintomas do pólo superior, ou mania. Depressão e mania ainda podem ocorrer simultaneamente, caracterizando o estado de humor misto.

A tristeza muitas vezes é confundida com depressão e ela é uma emoção universal, sentida por praticamente todas as pessoas em algum momento da vida. Existe, muitas vezes, uma tênue diferença entre sintomas depressivos e a depressão patológica, que necessita ser tratada com terapia e medicação. Entretanto, estabeleceu-se uma concepção popular errônea de que a depressão não é uma doença mental, mas sim uma deficiência do

caráter que pode ser corrigida com força de vontade. Em uma pesquisa realizada no início da década de 90, apenas 10% dos entrevistados disseram acreditar ser a depressão uma doença com base biológica e que envolvia o cérebro; 71% dos entrevistados acreditavam que a depressão devia-se à fraqueza emocional, 65% acreditavam ser causada por cuidados inadequados por parte dos pais e 45% diziam ser culpa da vítima, podendo ser banida com força de vontade (Stahl e cols, 2002).

A depressão é um transtorno mental do grupo dos transtornos afetivos ou de humor. É sem dúvida o mais comum deles, afetando anualmente 5% da população mundial. Ela é duas vezes mais comum em mulheres, e apresenta-se de forma episódica, sendo que um episódio raramente dura mais de dois anos. Sem o tratamento adequado, porém a depressão recorre em até 50% dos casos, aumentando as chances de recorrência conforme aumenta o número de episódios. O suicídio geralmente aparece associado a doenças mentais, estando o diagnóstico de depressão maior presente em 40% dos casos (Turecki *et al*, 2001). Em pacientes com depressão, cerca de 5% revelam uma história de suicídio em familiares de primeiro grau, e cerca de 30% a 50% dos pacientes com depressão que têm história familiar positiva tentam, eles próprios, o suicídio. A depressão é o transtorno de humor mais prevalente na população geral. Em uma amostra representativa da população de Porto Alegre, a prevalência da depressão maior em indivíduos adultos foi de 12,4% (Wiehe, 2004).

2.3. O comportamento suicida

Sabe-se que na maioria dos casos o suicídio apresenta-se como desfecho letal de alguma doença psiquiátrica inicial. A dúvida que perturba médicos e cientistas é: por que algumas pessoas com transtornos mentais cometem o suicídio, enquanto que outras com os mesmos problemas (ou ainda piores) não? O que leva pessoas com a mesma doença a apresentarem desfechos diversos? Qual a diferença entre uma tentativa de suicídio e o suicídio completo? Não há consenso sobre se estes dois comportamentos são gradações de um mesmo fenótipo ou se são entidades nosológicas independentes.

O suicídio é considerado, por alguns autores, um tipo de comportamento suicida, ao lado da tentativa de suicídio e da ideação suicida (O'Carroll *et al*, 1996). A tentativa de suicídio caracteriza-se por uma ação com alguma intenção de pôr a própria vida em risco ou perigo, ou pelo menos aparentando este tipo de intenção, mas sem que estes atos resultem em morte. O suicídio compreende as mortes resultantes de ações propositais auto-infligidas destrutivas. Entretanto, a intenção de morrer é ambígua. Na maioria dos casos, a pessoa não tem a intenção de morrer, mas de parar de sofrer, deixar a consciência, deixar de viver. Aparentemente a ideação suicida, as tentativas de suicídio e o suicídio completo são a mesma doença, em diferentes graus de severidade. Entretanto, algumas características destes comportamentos levam outros autores a propor a criação de entidades nosológicas diferentes para cada um deles. Estas características são, em primeiro lugar, o fato de a maioria das tentativas de suicídio apresentarem uma baixa intenção autodestrutiva; em segundo lugar, o fato de que a maior parte dos pacientes com tentativa de suicídio não se suicida; e, por fim, a maioria dos suicidas (cerca de 75%) morre na primeira tentativa. Por outro lado, a distribuição do comportamento nas famílias corrobora a hipótese do “espectro suicida”, pois em uma mesma família podemos identificar tentativas de suicídio, ideação suicida e suicídio completo. Devido à heterogeneidade do comportamento suicida, mostra-se necessária a identificação de subgrupos onde os pacientes estariam sob risco de suicídio. Não é bem claro até que ponto a dificuldade na definição do comportamento suicida pode interferir nos achados das pesquisas.

As doenças mentais, incluindo o comportamento suicida, não são doenças exclusivamente genéticas, tampouco são unicamente determinadas por fatores externos ou ambientais. Transtornos psiquiátricos em geral são conhecidos como doenças complexas ou multideterminadas, ou ainda multifatoriais. Resultam da interação entre as características genéticas de um indivíduo e seu ambiente e não seguem um padrão de herança mendeliana, embora em alguns casos observamos mais de um indivíduo afetado numa mesma família, o que é uma forte evidência da existência de fatores genéticos nestas doenças. O comportamento suicida é claramente influenciado por três mecanismos

neurobiológicos: 1) a hiperatividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, 2) disfunção do sistema serotoninérgico e 3) atividade excessiva do sistema noradrenérgico. O primeiro e o último mecanismo estão aparentemente envolvidos na resposta a eventos estressantes, enquanto que o segundo está claramente relacionado a distúrbios na regulação da ansiedade, impulsividade e agressividade (Heeringen *et al*, 2003). Cabe enfatizar que os fatores genéticos envolvidos nos transtornos e doenças psiquiátricas podem ser tanto de predisposição, aumentando o risco para o aparecimento do fenótipo, ou de proteção, diminuindo o risco. Como são ainda muito escassos os estudos mostrando forte associação entre transtornos psiquiátricos e genes, estes ainda não podem ser utilizados para fins de indicação de risco. Entretanto, o histórico de tentativas prévias de suicídio ainda é o principal fator preditivo para uma nova tentativa ou para o suicídio completo. Além disso, uma história progressiva de tentativa de suicídio está freqüentemente associada com uma tentativa de suicídio mais violenta. (Roy *et al*, 1999). Comorbidades entre doenças do Eixo I e do Eixo II pelos critérios do Diagnostic and Statistical of Mental Disorders (DSM-IV, 1994) são extremamente freqüentes nos pacientes com tentativa de suicídio. O risco para comportamento suicida aumenta proporcionalmente aos diagnósticos comórbidos (Lecrubier *et al*, 2001).

O conhecimento acerca da clínica, neurobiologia e genética do comportamento suicida vem crescendo na última década, no intuito de elucidar suas bases biológicas, visando melhorias nas estratégias de prevenção e manejo deste grave desfecho. Apesar de todos os avanços da medicina no sentido de esclarecer as bases biológicas de doenças psiquiátricas, o suicídio ainda hoje é tratado como algo vergonhoso, resultado de falência pessoal, familiar e/ou social. Estima-se que a subnotificação dos óbitos por suicídio esteja entre 20 e 100%. Por esse motivo, a pesquisa e a intervenção médica acabam por ficar prejudicadas, por falta de notificação adequada dos casos de suicídio (subnotificação, informação de dados errôneos) para fins de estudos estatísticos (Tondo *et al*, 2001).

2.4. Genética e suicídio

O suicídio é um ato multideterminado. É conhecida a importância dos fatores psiquiátricos, sociais e biológicos como fatores determinantes do comportamento suicida. Entretanto, estudos têm mostrado que fatores genéticos também podem estar associados a esta patologia, contribuindo para seu aparecimento. Análises de famílias e de gêmeos monozigóticos e dizigóticos indicam a presença de um forte componente genético relacionado tanto às tentativas de suicídio quanto ao suicídio completo. O risco de suicídio para parentes de suicidas é seis vezes maior do que o risco na população (Brent *et al*,1996). Estudos de gêmeos mostram uma maior concordância em gêmeos monozigóticos comparados a dizigóticos tanto para o suicídio completo quanto para as tentativas de suicídio (Roy *et al*,1993). Diversos estudos de adoção corroboram estes resultados, demonstrando que o risco de suicídio é mais alto entre os pais biológicos de filhos adotivos que cometeram o suicídio em comparação aos pais biológicos de filhos adotivos controles (Schulsinger *et al*, 1979). A predisposição ao comportamento suicida segrega na família independentemente da doença psiquiátrica primária (Brent *et al*, 1988), ou seja, famílias podem ter pessoas apresentando comportamento suicida, mesmo que cada uma tenha o diagnóstico de uma doença de Eixo I ou II diferente. Estas evidências contribuem para o entendimento de que o comportamento suicida tem um componente genético na sua predisposição, independente da doença psiquiátrica presente inicialmente. Além disso, fatores ambientais (estresse, trauma, abuso de substâncias) parecem ser decisivos no aparecimento e evolução da patologia.

Nas últimas décadas do século XX, com o advento da Biologia Molecular, tornou-se possível estudar variações no genoma que possam estar influenciando ou mesmo determinando o surgimento de determinadas características ou doenças. Com base na Genética Molecular, pode-se realizar uma varredura no genoma humano inteiro, buscando-se variações inerentes às populações em genes relacionados às rotas de metabolismo de neurotransmissores que possam explicar alguns tipos específicos de comportamentos como, por exemplo, o comportamento suicida. Para tanto, tem-se feito a identificação de

genes candidatos relacionados aos sistemas que se busca estudar. Um exemplo é a escolha de genes relacionados ao sistema serotoninérgico que possuam polimorfismos, como marcadores para o estudo. Polimorfismos, por definição, são variantes normais de um gene que ocorrem uniformemente na população, em uma frequência de pelo menos 1%. São alterações do genoma, que normalmente não causam dano na proteína que o gene codifica, ou não alteram o processamento ou a estabilidade do RNA mensageiro. Existem alguns tipos diferentes de polimorfismos que ocorrem comumente no genoma humano: as repetições pequenas em tandem ou *short tandem repeats* (STR), as repetições em tandem de número variável ou *variable number tandem repeats* (VNTR), inserções/deleções e os polimorfismos de base única, ou *single nucleotide polymorphism* (SNP). STR's e VNTR's ocorrem em regiões não codificantes do genoma, apresentando alta variabilidade nas populações, devido ao fato de acumularem mutações sem prejuízo evolutivo para a espécie. São bastante utilizadas como ferramentas para identificação humana, como em exames de paternidade. Já os polimorfismos de base única podem ocorrer em íntrons (região não traduzida do gene), exons (região traduzida em proteína) e regiões promotoras ou reguladoras de transcrição e tradução gênica, mas sem alterar a conformação protéica ou estabilidade e processamento do RNA mensageiro. Inserções e deleções também podem ocorrer na estrutura de genes, sem alterar completamente a função da proteína. Nos últimos anos vem crescendo o interesse pelos estudos de associação com polimorfismos de base única, não só em doenças psiquiátricas como em outras doenças multifatoriais, como câncer e diabetes.

Existe uma grande probabilidade de o sistema serotoninérgico encontrar-se sob controle genético, com o envolvimento de fatores ainda não bem esclarecidos, em pessoas com comportamento suicida de risco. Há algum tempo já se identificou que os níveis de ácido 5- hidroxindolacético (5-HIAA), o principal metabólito da serotonina, encontra-se reduzido no fluido cerebrospinal (CSF) de vítimas de suicídio, indicando a relação entre este comportamento e a baixa atividade do sistema serotoninérgico (Asberg *et al*, 1976). Na via serotoninérgica, vêm sendo bastante estudados os genes da enzima triptofano hidroxilase

(TPH), do transportador de serotonina (5-HTT) e dos receptores de serotonina. A figura 3 mostra um esquema da rota de produção da serotonina.

A proteína transportadora de serotonina é a responsável pela recaptação do neurotransmissor na fenda sináptica. Seu gene apresenta uma região não-codificante muito variável entre as populações, a chamada 5-HTT *linked polymorphic region*. Um dos polimorfismos mais explorados é uma inserção/deleção de 44pb nesta região, onde o alelo polimórfico S (*short*) apresenta a deleção, enquanto que o alelo ancestral L (*long*) não. Este polimorfismo tem sido amplamente pesquisado em estudos de associação com diversas patologias. Os resultados ainda são bastante controversos. Em uma amostra de dependentes de cocaína, não se encontrou associação entre o comportamento agressivo-impulsivo e o polimorfismo do 5-HTT (Patkar *et al*, 2002). O alelo S apareceu associado à depressão (Caspi *et al*, 2003) e também à tentativa de suicídio em amostras de alcoolistas (Preuss *et al*, 2001). Nosso grupo encontrou um risco para suicídio aumentado em pacientes deprimidos e com pelo menos um alelo S (Segal *et al*, 2006).

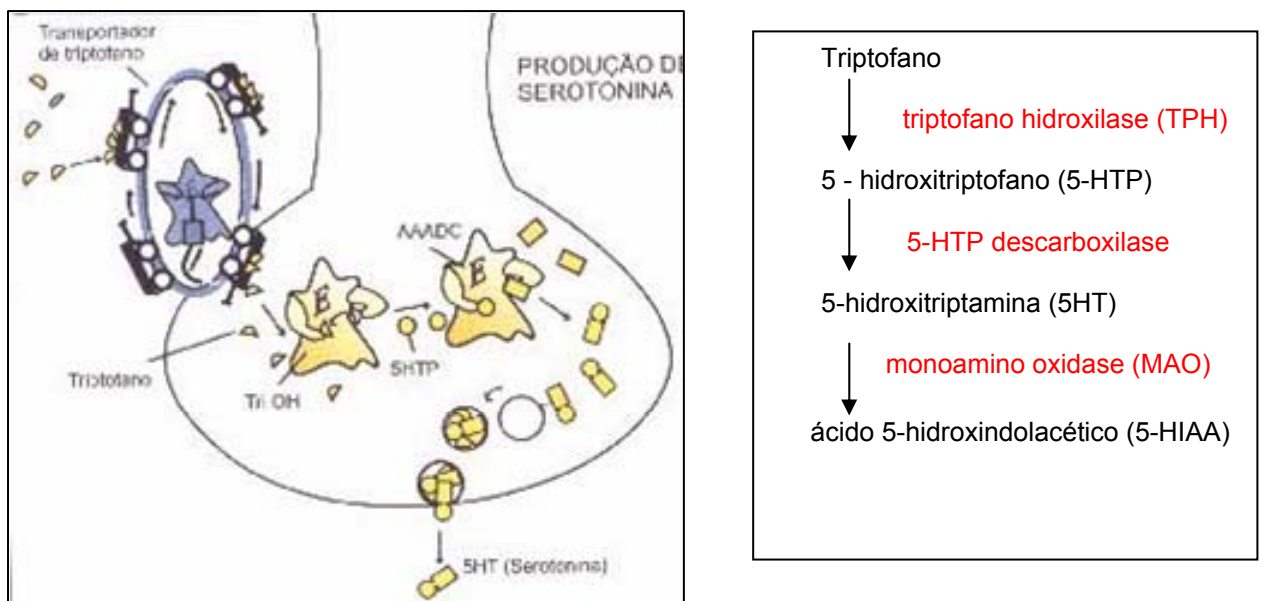


Figura 3: Sistema serotoninérgico – produção de serotonina (Adaptado de Stahl, 2002).

Um dos genes candidatos mais cotados atualmente nas relações com o comportamento suicida e a depressão maior é o gene que codifica a enzima triptofano hidroxilase (TPH). Este gene está localizado no braço curto do cromossomo 11, entre as

regiões 11p15.3 e p14 (Craig *et al*, 1991). A triptofano hidroxilase é a enzima que limita as taxas de serotonina no cérebro (Cooper *et al*, 1961), e por este motivo seu gene vem sendo bastante estudado nas investigações de bases biológicas de transtornos psiquiátricos. A função da enzima é catalisar a hidroxilação do triptofano em 5-hidroxitriptofano (Kaufman *et al*, 1987), que é subseqüentemente descarboxilado, formando a serotonina. Sua expressão é limitada a alguns tecidos específicos: neurônios da rafe, pinealócitos, células das glândulas mamárias, leucócitos mononucleados, células beta das ilhotas de Langerhans e células do pâncreas e do intestino. É particularmente interessante para este estudo a expressão da triptofano hidroxilase nos neurônios serotoninérgicos da rafe, região cerebral onde há grande concentração desta qualidade de neurônios. Os núcleos da rafe distribuem-se em ambos os lados da linha média do tronco encefálico, e parecem estar intimamente ligados ao controle dos períodos de sono e vigília e também ao controle de humor e de certos comportamentos emocionais.

Foram identificados dois polimorfismos no íntron 7 do gene TPH, uma transversão de bases (de adenina para citosina) nas posições 218 e 779 denominados como A218C e A779C respectivamente. Sabe-se que estes polimorfismos encontram-se em desequilíbrio de ligação, o que significa que a ocorrência do alelo C na posição 218 em um cromossomo do par 7 implica na ocorrência também do alelo C na posição 779 do mesmo cromossomo (Nielsen *et al*, 1997).

Diversos estudos têm investigado o papel destes polimorfismos nos transtornos afetivos e no comportamento suicida. Mann e colaboradores publicaram um breve relato comunicando que seus estudos indicaram uma possível associação entre o polimorfismo A218C e comportamento suicida em indivíduos deprimidos, sendo a freqüência do alelo com a transversão (C) significativamente maior em indivíduos com história pessoal de tentativas de suicídio e episódio de depressão maior (Mann *et al*, 1997). Posteriormente, em artigo de 1998, Nielsen e cols. estudaram os polimorfismos A779C e A218C em uma amostra de indivíduos alcoólatras, alguns com comportamento suicida, encontrando correlação entre os polimorfismos e o comportamento suicida. Souery e cols. estudaram o polimorfismo A218C

do TPH em uma grande amostra de pacientes com transtorno de humor unipolar e bipolar mas não encontrou tal associação com comportamento suicida neste grupo (Souery *et al*, 2001).

Um estudo pós-morte em vítimas de suicídio investigou dois polimorfismos na região promotora (A-6526G e G-5806T) e o polimorfismo A218C, no gene TPH. Apesar de nenhuma diferença significativa ter sido encontrada entre os grupos caso e controle para um único loco, a análise de haplótipos mostrou que um haplótipo era significativamente mais freqüente nos suicidas (-6526G -5806T 218C) (Turecki *et al*, 2001). O polimorfismo A218C também foi testado em uma amostra de pacientes psiquiátricos brasileiros com tentativa de suicídio, sem demonstrar associação com histórico familiar de suicídio, tampouco com a letalidade da tentativa (Viana *et al*, 2006). Numa amostra de suicidas em comparação com um grupo controle, sete polimorfismos foram analisados, e foi encontrada associação significativa entre polimorfismos nos íntrons 7, 8 e 9 e na região 3' não-codificante e tentativa de suicídio. A associação foi mais forte naqueles sujeitos que tentaram suicídio por métodos violentos e que tinham diagnóstico de depressão maior (Abbar *et al*, 2001). Uma análise de haplótipo envolvendo a região promotora do gene TPH mostrou associação entre dois SNPs e esquizofrenia (Zaboli *et al*, 2006).

Os resultados dos estudos de associação envolvendo genes candidatos para o comportamento suicida são, em geral, bastante discordantes. Supõe-se que esta discordância deva-se principalmente ao fato das amostras serem em geral pequenas, o que reduz significativamente o poder estatístico dos estudos, e também pela característica multifatorial das doenças psiquiátricas. Uma boa estratégia para aumentar o poder estatístico dos estudos unindo em uma mesma amostra indivíduos de estudos diferentes, aumentando o número amostral e, conseqüentemente, aumentando as chances de se encontrar uma associação é a realização de metanálises. Lalovic e Turecki realizaram uma metanálise entre estudos de associação dos polimorfismos do íntron 7 e o comportamento suicida, sem obter nenhuma diferença estatisticamente significativa entre casos e controles

(Lalovic & Turecki, 2002). Em outra metanálise, o polimorfismo A218C mostrou-se associado à esquizofrenia (Li *et al*, 2006).

As controvérsias freqüentemente encontradas na literatura a respeito das associações entre fatores genéticos e traços comportamentais, podem também se dever à dificuldade no diagnóstico dos pacientes, à heterogeneidade das amostras de pacientes suicidas com relação às suas comorbidades e é claro, às diferenças étnicas encontradas nas populações estudadas. Estes motivos justificam a pesquisa básica que vem sendo realizada por diversos grupos ao redor do mundo, na tentativa de descrever relações entre fenótipos e genótipos, analisar freqüências de polimorfismos nas populações e estabelecer haplótipos de susceptibilidade para as mais diversas doenças.

Alternativamente à pesquisa em populações humanas, estudos com modelos animais, indicam novos rumos às pesquisas envolvendo genes e transtornos psiquiátricos. Em um estudo com camundongos *knock-out* para o gene da triptofano hidroxilase, Walther e colaboradores obtiveram animais perfeitamente viáveis, sem nenhum tipo de alteração comportamental, apresentando níveis de serotonina nos tecidos periféricos, principalmente no intestino, drasticamente reduzidos, mas níveis cerebrais dentro da normalidade. A constatação levou os pesquisadores a buscar no *Gene Bank* seqüências homólogas às do gene TPH. Localizaram um gene no cromossomo 12 região q15 e chamaram-no TPH2 (Walther *et al*, 2003a). As proteínas codificadas por TPH1 e TPH2 apresentam 71% da seqüência de aminoácidos idênticos, sendo que os resíduos funcionalmente importantes no TPH1 são altamente conservados no TPH2 (Walther *et al*, 2003b). Talvez seja esta a explicação de por que os estudos de associação entre transtornos psiquiátricos e o gene TPH sejam tão controversos. Assumiu-se, então, que o TPH2 seria o gene responsável pela expressão da triptofano hidroxilase no sistema nervoso central. A partir daí a recém-descoberta isoforma do gene TPH passou a ser estudada amplamente. Um polimorfismo no gene TPH2, rs1386494, mostrou-se associado à depressão em uma amostra de 300 pacientes deprimidos (Zill *et al*, 2004). Em uma amostra de pacientes esquizofrênicos não houve associação entre o fenótipo e um polimorfismo na região promotora do gene (De Luca

et al, 2005). Os resultados das pesquisas com foco no TPH2 também são discordantes entre si, além de escassas, daí a importância da pesquisa básica acerca deste gene.

3. Objetivos

3.1. Geral: verificar a frequência do polimorfismo A218C em uma amostra de pacientes deprimidos que tentaram o suicídio e em um grupo controle.

3.2. Específicos:

Calcular as frequências dos alelos A e C no grupo caso e no grupo controle;

Verificar se há associação entre o polimorfismo e o diagnóstico de depressão nos pacientes;

Verificar se há associação entre o polimorfismo e o tipo de tentativa de suicídio

4. Considerações éticas

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão Científica e Comissão de Ética em Saúde do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre sob o número 03-445 e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o número 9593. Todos os pacientes assinaram o termo de Consentimento Informado para a sua execução.

5. Referências bibliográficas

Abbar M, Courtet P et al. Suicide attempts and the tryptophan hydroxylase gene. *Molecular Psychiatry* 2001; 6: 268-273.

Abbar M; Courtet P; Amadeo S; Caer Y; Mallet J e cols. Suicidal behaviors and the tryptophan hydroxylase gene. *Archives of General Psychiatry* 1996; 52(10), 846-849.

Abbar M; Courtet P; Bellivier F; Leboyer M; Boulenger JP e cols. Suicide attempts and the tryptophan hydroxylase gene. *Molecular Psychiatry* 2001; 6, 268-273.

Asberg M, Traskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 1193-1197.

Barros, M.B.A.; Oliveira, H.B. & Marin-León, L. Epidemiologia no Brasil. In Werlang, B.G. & Botega, N.J. (eds), *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004. p. 45-58.

Bellivier F; Roy I; Leboyer M. Serotonin transporter gene polymorphisms and affective disorder-related phenotypes. *Curr. Opin. Psychiatry* 2002; 15:49-58.

Brent DA, Bridge J, Johnson BA, Connolly J. Suicidal behavior run in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 45: 1145-1152.

Brent DA, Perper JA, Goldstein CE, Kolko DJ, Allan MJ, Allman CJ, Zelenak JP. Risk factors for for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal impatients. *Archives of Gen Psychiatry* 1988; 45: 581-588

Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Poulton R et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003; 301: 386-389.

Cooper, JR; Melcer, I. The enzymatic oxidation of tryptophan to 5-hydroxytryptophan in the biosynthesis of serotonin. *J Pharmacol Exp Ther* 1961; 132: 265-268.

Craig SP, Boularand S, Darmon MC, Mallet J, Craig I W. Localization of human tryptophan hydroxylase (TPH) to chromosome 11p15.3-p14 by in situ hybridization. *Cytogenet. Cell Genet* 1991; 56:157-159

Heeringen KV. The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry* 2003; 48(5): 292-300.

Kaufman S. The enzymology of the aromatic amino acid hydroxylases. In: Kaufman S(ed) *Amino acids in health and disease: new perspectives*. New York: Alan R Liss, 1987. p.205-232.

Lalovic A and Turecki G. Meta-analysis of the association between tryptophan hydroxylase and suicidal behavior. *Am. Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)* 2002; 114:533-540.

Li D, He L. Meta-analysis shows association between the tryptophan hydroxylase (TPH) gene and schizophrenia. *Human Genetics* 2006; 120(1):22-30.

Mann, J.J; Malone, KM; Nielsen DA; David A; Goldman D e cols. Possible association of a polymorphism of the tryptophan hydroxylase gene with suicidal behavior in depressed patients. *Am. Journal of Psychiatry* 1997; 154 (10),1451-1453.

Mann J.J. Role of the Serotonergic System in the Pathogenesis of Major Depression and Suicidal Behavior. *Neuropsychopharmacology* 1999a; 21:99S–105S.

Mann J.J., Oquendo M., Underwood M.D., Arango V. The Neurobiology of Suicide Risk: A review for the Clinician. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999b; 60 (suppl 2): 7-11.

Mann J.J., Wateraux C., Haas G.L., Malone K.M. Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *American Journal of Psychiatry* 1999c; 156:181–189.

Nielsen D; Virkkunen M; Lappalainen J; Eggert M e cols. A tryptophan hydroxylase gene marker for suicidality and alcoholism. *Archives of General Psychiatry* 1998; 55(7):593-602.

Nielsen DA, Dean M, Goldman D. Genetic mapping of the human tryptophan hydroxylase gene on chromosome 11, using an intronic conformational polymorphism. *Am. J. Human Genetics* 1992; 51: 1366-1371,

O'Carroll P, Berman A, Maris RW, Mosciki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behavior* 1996; 26: 237-252.

Patkar AA, Berrettini WH, Hoehe M, Thornton CC, Gottheil E, Hill K, Weinstein SP. Serotonin transporter polymorphisms and measures of impulsivity, aggression and sensation seeking among African-American cocaine-dependent individuals. *Psychiatry Research* 2002; 110: 103-115.

Pooley EC; Houston K; Hawton K; and Harrison PJ. Deliberate self-harm is associated with allelic variation in the tryptophan hydroxylase gene (TPH A779C), but not with polymorphisms in five other serotonergic genes. *Psychological Medicine* 2003; 33:775-783.

Preuss U.W., Koller G., Soyka M., Bondy B. Association between Suicide Attempts and 5-HTTLPR-S-allele in Alcohol-Dependent and Control Subjects: Further Evidence from a German Alcohol-Dependent Inpatient Sample. *Biological Psychiatry* 2001; 50: 636–639.

Roy A. Genetic and biologic risk factors for suicide in depressive disorders. *Psychiatric Quarterly* 1993; 64:345-358.

Roy A; Nielsen D; Gunnar R, Sarchiapone M; Segal N. Genetics of suicide in depression. *Journal of Clin. Psychiatry* 1999; 60 (suppl 2): 12-17.

Schulsinger F, Kety SS, Rosenthal D, Wender PH. A family study of suicide. In: Schou M. Strömngren E, editors. *Origins, prevention, and treatment of affective disorders*. London: Academic Press Inc; 1979. p. 277-287.

Segal J, Pujol C, Birck A, Manfro GG, Leistner-Segal S. Association between suicide attempts in south Brazilian depressed patients with the serotonin transporter polymorphism. *Psychiatry Research* 2006; 143: 289-291.

Souery D; Van Gestel S; Massat I; Blairy S; Adolfsson R e cols. Tryptophan hydroxylase polymorphism and suicidality in unipolar and bipolar affective disorders: a multicenter association study. *Biological Psychiatry* 2001; 49: 405-409.

Stahl SM. *Psicofarmacologia. Base neurocientífica e aplicações práticas*. 2ª edição. MEDSI; 2002.

Tondo L, Baldessarini RJ. (2001): Suicide: An Overview

<http://psychiatry.medscape.com/Medscape/psychiatry/ClinicalMgmt/CM.v03/public/index-CM.v03.html>

Tondo L., Baldessarini R. J., Hennen J., Minnai G. P., . Salis P., Scamonatti L., Masia M., Ghiani C. Mannu P. Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999; 60 (suppl 2), 63-69.

Turecki G, Zhu Z et al. TPH and suicidal behavior: a study in suicide completers. *Molecular Psychiatry* 2001; 6:98-102.

Turecki G; Zhu Z; Tzenova J; Lesage A; Séguin M e cols. TPH and suicidal behavior: a study in suicide completers. *Molecular Psychiatry* 2001; 6(1) :98-102.

Viana MM, De Marco LA, Boson WL, Romano-Silva MA, Correa H. Investigation of A218C tryptophan hydroxylase polymorphism: association with familial suicide behavior and proband's suicide attempts characteristics. *Genes Brain Behavior* 2006; 5(4): 340-345.

Walther DJ, Peter JU, Bashammakh S, Hörtnagl H, Voits M, Fink H, Bader M. Synthesis of serotonin by a second tryptophan hydroxylase isoform. *Science* 2003a; 299:76.

Walther DJ, Bader M. A unique central tryptophan hydroxylase isoform. *Biochemical Pharmacology* 2003; 66: 1673-1680.

Wiehe M; Fuchs SC; Fuchs FD. Associação entre hipertensão, agentes hipertensivos e depressão: um estudo de base populacional [tese de doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, 2004.

World Health Organization, 1999. Figures and facts about suicide. WHO, Geneva.

Zaboli G, Jönsson EG, Gizatullin R, Asberg M, Leopardi R. Tryptophan Hydroxylase-1 Gene Variants Associated with Schizophrenia . *Biol Psychiatry* 2006; 60(6): 563-569.

Zalsman G; Frisch A; King RA; Pauls DL; Grice DE e cols. Case control and family based studies of tryptophan hydroxylase gene A218C polymorphism and suicidality in adolescents. *Am. Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)* 2001; 105: 451-457.

Zill P, Baghai TC, Zwanzger P, Schüle C, Eser D, Rupprecht R, Möller HJ, Bondy B, Ackenheil M. SNP and haplotype analysis of a novel tryptophan hydroxylase isoform (TPH2) gene provide evidence for association with major depression. *Molecular Psychiatry* 2004; 0: 1-7.

6. Artigo em inglês

Association of the Tryptophan Hydroxylase A218C polymorphism with suicide attempt in Brazilian depressed patients*

Clarissa Pujol^a, Jair Segal^{b,c}, Rafael Rebelo e Silva^d, Luciane Cauduro Lima^a, Sandra Leistner-Segal^{a,*}

- a Post-graduate Program in Medical Sciences. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Medical Genetics Service, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos 2350, 90035-903, Porto Alegre, RS, Brazil
- b Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, Largo Theodore Herzl, s/n^o; Porto Alegre, RS, Brazil
- c Post graduate Program in Medical Sciences: Psychiatry. Universidade Federal do Rio Grande do Sul and Psychiatry Service of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos 2350, 90035-903, Porto Alegre, RS, Brazil
- d Medical Genetics Service of Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos 2350, 90035-903, Porto Alegre, RS, Brazil

* Address for correspondence:

Dr. Sandra Leistner-Segal
Medical Genetics Service
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Rua Ramiro Barcelos 2350
ZIP Code 90035-003
Porto Alegre, RS
Brazil
Phone: +55-51 21018011
Fax: +55-51 21018010
e-mail: ssegal@hcpa.ufrgs.br

* Article to be submitted to *Genes, Brain and Behavior*.

Abstract

Suicidal behavior is currently a major public health problem worldwide, being the third cause of death among people aged 15-44 years. The obits due to a suicide act, in the Brazilian population are about 6,6 obits/100000, and in Porto Alegre this rate reaches 13 obits/100000. Suicidal behavior is a multi-determined trait, with the contribution of genetic and environmental factors. The number of papers looking for correlations between genes and its polymorphisms to psychiatric disorders is ever increasing in the international scientific literature. Our study evaluated a group composed of Caucasian Brazilian depressed patients who attempted suicide compared to a control group. We analyzed the A218C polymorphism of the tryptophan hydroxylase gene. The homozygous polymorphic genotype appears to be in significant association with suicidal behavior, being more frequent in the case group ($\chi^2=8,004$, $p=0,018$, OR: 4,277 IC 95%: 0,399-5,327) against the controls. Within the case group, we detected association between heterozygous genotype AC and suicidal intention ($\chi^2=6,157$; $p=0,046$). Our findings allow us to infer that there is an association between the tryptophan hydroxylase gene and suicidal behavior in this sample.

Introduction

Suicidal behavior is currently a major public health problem worldwide. According to WHO statistics, in the year 2000 about 1 million people died due to a suicide attempt, meaning one victim for every forty seconds. In the last 45 years, suicide rates increased about 60 percent around the world (www.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/). Data about suicide attempts are rare, due to misnotification, and supposedly 20 times greater than those referred to complete suicide. Even those are still underestimated, due to prejudice related to the issue. The Brazilian suicide mortality coefficient rates are 6,6 obits/100.000, while in Porto Alegre this number increases to 13 obits/100.000, most of them in individuals aged 15-44 years old (Barros *et al*, 2004,).

Suicidal behavior is a multidetermined act, with the contribution of genetic and environmental factors. The importance of the genetic component in determining the suicidal phenotype is evidenced in twin studies, where there is a major concordance to suicidal behavior in monozygotic co twins compared to dizygotics (Roy, 1993). Adoption studies corroborate these results, showing that suicide risk is higher amongst biological parents of adopted children who attempted suicide compared to the biological parents of control adopted children (Schulsinger *et al*, 1979). Predisposition to suicidal behavior segregates in family independently of primary psychiatry disease (Brent, 1988) since in the same family the occurrence of patients with suicidal behavior and diagnosis of various psychopathologies from Axis I or II can be observed. These results lead for an increasing search for neurobiological factors involved in this behavior.

Lower activity of serotonergic system is the major biochemical finding in suicidal patients, demonstrated by low concentrations of 5-HIAA (5- hydroxindolacetic acid), the main serotonin metabolite in cerebrospinal fluid (CSF) in these individuals (Asberg *et al*, 1976). Serotonergic genes have been fully studied as candidates to suicidal behavior. One of these is the tryptophan hydroxylase gene (TPH), the rate-limitant enzyme of serotonin in brain (Cooper, 1961). Its function is to catalyze oxygenation of tryptophan in 5-hydroxytryptophan,

which is subsequently decarboxylated in 5- hydroxytryptamin or serotonin (Kaufman, 1987), Tryptophan hydroxylase gene is located on chromosome 11, in the region 11p15.3→p14 (Craig, 1991), and its expression is limited to some specific tissues, like raphe neurons, leukocytes and others. Two polymorphisms in intron 7 of the gene were identified, a transversion of adenine to cytosine in positions 218 and 779, named A218C e A779C respectively. Various association studies between psychiatric disorders and these polymorphisms have been developed, but results remain uncertain. These controversial findings might be due to the multifactorial characteristic of psychiatric diseases and to reduced number of individuals in the samples, which decreases the statistical power of the studies, justifying the development of these studies in other populations.

Material and Methods

A case-control study was performed. The case group consisted of 105 patients aged 18-67 years old (mean $35,53 \pm 12,66$; 59 males) admitted to an emergency hospital (Hospital de Pronto-Socorro de Porto Alegre-HPS) due to a serious suicide attempt. The diagnosis was made by clinical assessment and Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI) for adults (Sheehan, 1998). The Suicide Intention Scale (SIS) was used for the patients. The control group consisted in 139 voluntary blood donors of Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) Blood Bank, aged 20-60 years old (mean $36,03 \pm 10,80$; 98 males). This study was approved by both Institutional and National Ethics Committees, and all patients signed Informed consent. Venous blood samples in EDTA were obtained from patients for whole genomic DNA extraction according to the technique established by Müller (1988). The A218C analysis proceeded in agreement with the protocol described by Souery and collaborators (2001), using the RFLP (Restriction Fragment Length Polymorphism) technique with *Bfal* as the restriction enzyme. Statistical analysis was performed using the software SPSS version 14.0. Categorical data was analyzed by the Pearson chi-square (χ^2), using the Yates correction when necessary. Means were compared by Student t test. The adopted α

value was 0,05. Cases and controls were compared regarding sex, age, A218C genotype and presence or absence of polymorphic allele 218C. Patients were compared regarding the attempt type (violent and non-violent), lethality (high or low), alcohol use during the attempt, personal and familial history of suicide attempt and intention (to die or to change the reality). Violent attempts were those due to injuries by cutting, piercing objects, gunfire, poisoning by chemicals, burns, hanging, fall from heights and car crashes, while all non-violent attempts were due to drug intoxication.

Results

Data from analysis between cases and controls are shown in Table 1. A significant difference in the frequency of genotype CC was found ($\chi^2 = 8,004$; $p=0,018$, OR: 4,277 IC 95%: 0,399-5,327), which is greater in the case group, and the frequency of males ($\chi^2=4,736$; $p=0,03$), which is greater in the control group. Analysis inside the case group is described in Table 2. Significant difference was verified in the intention of cases, with a greater frequency of heterozygous individuals amongst those who expected to change the reality ($\chi^2=6,157$; $p=0,046$). Association of violent suicide attempts regarding alcohol abuse ($\chi^2=6,3465$, $p=0,0118$) was also observed.

Discussion

This study is the second one to evaluate the frequency of A218C polymorphism in Brazilian suicidal patients. The other study was performed in a sample of 248 patients controlled by 63 healthy individuals in two hospitals of Minas Gerais (Viana *et al*, 2006), but without finding an association between the polymorphism and suicidal behavior. Our main finding was the higher frequency of CC genotype in the case group compared to the control group, with a strong association between genotype CC and suicidal behavior, being 4 times higher the chance of an individual from the case group to show the CC genotype (OR:

4,277). Our group has also detected association between the 5-HTTLPR in the serotonin transporter gene and suicide (Segal *et al*, 2006).

According to the current discussion in international literature, the findings in the papers relating genetic factors and psychiatric illness are still too controversial, and this fact leads us to the need to further investigate the factors that could be involved in these traits. Recent researches show associations between tryptophan hydroxylase gene and schizophrenia (Zaboli *et al*, 2006), for example. This was also confirmed in a meta-analysis study (Li *et al*, 2006), with an odds of 1,18. The 218C allele was associated to suicide in alcohol-addicted patients (Nielsen *et al*, 1998) and in depressed subjects (Mann *et al*, 1997), which was also found in our study regarding the later group of patients.

Nevertheless, the majority of studies aiming to associate the TPH to suicidal behavior do not show significant results. The A218C polymorphism does not appear to be associated with humor disorders (Souery *et al*, 2001). In a *post-mortem* study in suicidal subjects three polymorphisms in the TPH gene were investigated (A-6526G, G-5806T e A218C), and no one could be related to the suicidal behavior alone. Nevertheless when a haplotype was built, the pattern (-6526G -5806T 218C) was shown to be more frequent in suicidal behavior (Turecki, 2001). These controversial findings can be easily understood if we take into account that suicidal behavior, just like most of psychiatric illness, is not a genetically determined phenotype, but a result of complex interactions between genetic and environmental (socio-demographic economical, cultural and religious), the last being decisive to the triggering of the disease.

In our findings we could also identify an increased frequency of individuals carrying the heterozygous genotype (AC) within the patients with intention to change their reality with the suicide act, but the p-value in this analysis was too close to that adopted as the significance level ($p=0,046$). Thus, increasing the sample size, which is usually one of the major limitations of studies involving individuals with suicidal behavior, would be of great importance to confirm this finding. We observed a higher frequency of alcohol abusers amongst individuals who committed violent suicide attempts ($\chi^2=6,3465$, $p=0,0118$),

according to previous study from our group (Segal *et al*, 2006), thus being a potential risk factor for suicidal behavior. No association was found regarding previous history of suicide, familial suicide attempts or alcohol consumption in the episode of suicide attempt.

It is well known that, even nowadays, suicide is seen as something to be ashamed of, as a result of personal fail or even character disruption. Furthermore, epidemiological indicators of obits due to suicide are misnotified, and it is believed that the problem is even greater when involving suicide attempts. This fact makes it difficult to assess these patients decreasing the quality of research around this issue.

Bellivier *et al*. (2002) suggested that the conflicting results in studies involving psychiatry and genetics can be attributed to the high risk to false-positives and false-negatives due to bias related to ethnic stratification. Campi-Azevedo e cols. (2003) corroborate this idea in various studies of serotonergic system related genes, which have shown discrepant results in different ethnic groups. To minimize stratification bias in our results, we limited the analysis only to Caucasian descendents individuals, excluding Afro descendents and mulatos.

Recently, an isoform of the tryptophan hydroxylase enzyme has been identified, which is expressed exclusively in the central nervous system tissues. Whalter e cols. (2003) identified the encoding gene of the enzyme and found 71 percent of homology with the well known TPH, with functional domains highly conserved. The new gene was named TPH2, and currently several studies are being performed to find association between polymorphisms in this gene and psychiatric disorders.

So far no single gene or group of genes have been identified to be responsible for suicidal behavior. We know that these traits have a multifactorial origin, where biological and environmental factors seem to be integrated inside a model where each element has a small but significant participation as a risk factor. In this way, studies have to be replicated in as many populations as possible, and with greater sample sizes, to help the better comprehension of the role of serotonergic system and related genes, for prevention and

management of suicide, an event that causes huge rates of morbidity and mortality in the whole world.

Table1: Data and genotypic and allelic frequencies in patients and controls.

	Cases (n=105)	Controls (n=141)	χ^2	t	p
Sex					
Male	59 (56,2%)	98 (70,51%)	4,736*		0,030
Female	46 (43,8%)	41 (29,49%)			
Age	18-67 35,53±12,66	20-61 36,03±10,80		0,332	0,740
Genotype					
AA	20 (19,04%)	27 (19,42%)	8,004* OR:4,277		0,018
AC	71 (67,62%)	107 (76,97%)			
CC	14 (13,34%)	5 (3,61%)			
Allele C					
Yes (AC+CC)	85 (80,95%)	112 (80,57%)	~0		1,000
No (AA)	20 (19,05%)	27 (19,43%)			

Table 2: Suicide attempts characteristics, genotypic and allelic frequencies.

		Genotype			χ^2	Allele C		χ^2
		AA	AC	CC		Yes	No	
Sex	Male	12 (60%)	40 (43,7%)	7 (50%)	0,336	47 (55,3%)	12 (60%)	0,146
	Female	8 (40%)	31 (55,3%)	7 (50%)	p=0,845	38 (44,7%)	8 (40%)	p=0,703
Intention	Die	12 (63,2%)	36 (50,7%)	12 (85,7%)	6,157	12 (63,2%)	48(56,5%)	0,285
	Change the reality	7 (36,8%)	35 (49,3%)	2 (14,3%)	p=0,046*	7 (36,8%)	37(43,5%)	p=0,594
Alcohol during attempt	Yes	9 (45%)	31 (43,7%)	6 (42,9%)	0,017	37 (43,5%)	9 (45%)	0,014
	No	11 (55%)	40 (56,3%)	8 (57,1%)	p= 0,991	48 (56,5%)	11 (55%)	p=0,905
Previous suicide attempt	Yes	9 (45%)	26 (36,6%)	5 (35,7%)	0,507	9 (45%)	31 (36,5%)	0,499
	No	11 (55%)	45 (63,4%)	9 (64,3%)	p=0,777	11 (55%)	54 (63,5%)	p=0,480
Familial history of suicide attempt	Yes	13 (65%)	42 (59,2%)	7 (50%)	0,767	13 (65%)	49 (57,6%)	0,122
	No	7 (35%)	29 (40,8%)	7 (50%)	p=0,681	7 (35%)	36 (42,4%)	P=0,727

References

Asberg, M.; Traskman. L.; Thoren, P. (1976). 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: a biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry*, **33**; 1193-1197.

Barros, M.B.A.; Oliveira, H.B. & Marin-León, L. (2004) Epidemiologia no Brasil. In Werlang, B.G. & Botega, N.J. (eds), *Comportamento suicida*. Artmed Editora, Porto Alegre, pp 45-58.

Bellivier F, Roy I & Leboyer M. (2002). Serotonin transporter gene polymorphisms and affective disorder-related phenotypes. *Current Opinion in Psychiatry*, **15**, 49-58.

Brent, D.A.; Perper, J.A.; Goldstein, C.E.; Kolko, D.J.; Allan, M.J.; Allman, C.J.; Zelenak, J.P. (1988). Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of Gen Psychiatry* **45**, 581-588

Campi-Azevedo AC, Boson W, De Marco L, Romano-Silva MA & Corrêa H. (2003). Association of the serotonin transporter promoter polymorphism with suicidal behavior. *Molecular Psychiatry* **8**, 899–900.

Cooper, J.R.; Melcer, I. (1961). The enzymatic oxidation of tryptophan to 5-hydroxytryptophan in the biosynthesis of serotonin. *J Pharmacol Exp Ther* **132**, 265-268.

Craig, S.P.; Boularand, S.; Darmon, M.C.; Mallet, J.; Craig, I.W. (1991) Localization of human tryptophan hydroxylase (TPH) to chromosome 11p15.3-p14 by in situ hybridization. *Cytogenet. Cell Genet.* **56**,157-159.

Kaufman S (1987). The enzymology of the aromatic amino acid hydroxylases. In: Kaufman S(ed) Amino acids in health and disease: new perspectives. Alan R Liss, New York, pp 205-232.

Li D & He L. (2006) Meta-analysis shows association between the tryptophan hydroxylase (TPH) gene and schizophrenia. *Hum. Genet.* **120(1)**, 22-30.

Mann, J.J.; Malone, K.M.; Nielsen, D.A.; David, A.; Goldman, D. e cols. (1997) Possible association of a polymorphism of the tryptophan hydroxylase gene with suicidal behavior in depressed patients. *Am. Journal of Psychiatry* **154**, 1451-1453.

Müller S.A., Dykes D.D., Polesky H.S.,(1988). A simple salting out procedure for extracting DNA from human nucleated cells. *Nucleic Acid Research* **16**, 1215.

Nielsen, D.; Virkkunen, M.; Lappalainen, J.; Eggert, M. e cols. (1998) A tryptophan hydroxylase gene marker for suicidality and alcoholism. *Archives of General Psychiatry* **55**, 593-602.

Roy, A. (1993). Genetic and biologic risk factors for suicide in depressive disorders. *Psychiatric Quaterly* **64**:345-358.

Schulsinger, F; Kety S.S.; Rosenthal, D.; Wender, P.H. (1979). A family study of suicide. In: Schou, M. & Strömngren E, (eds). *Origins, prevention, and treatment of affective disorders*. London: Academic Press Inc, pp 277-287.

Segal J, Pujol C, Birck A, Manfro GG & Leistner-Segal S. (2006). Association between suicide attempts in south Brazilian depressed patients with the serotonin transporter polymorphism. *Psychiatry Research* **143**: 289-291.

Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., Amorim P., Janavs J., Weiller E., Hergueta T., Baker R. & Dumbar G.C. (1998). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry* **59** , 22-23.

Souery, D.; Van Gestel, S.; Massat, I.; Blairy, S.; Adolfsson, R. & Mendlewicz, J. (2001) Tryptophan hydroxylase polymorphism and suicidality in unipolar and bipolar affective disorders: a multicenter association study. *Biological Psychiatry* **49**, 405-409.

Turecki G; Zhu Z; Tzenova J; Lesage A; Séguin M., Tousignant, M., Chawky, N, Vanier C, Lipp, O., Alda, M., Joober, R., Benkelfalt, C. & Rouleau, G.A.. (2001).TPH and suicidal behavior: a study in suicide completers. *Molecular Psychiatry* **6**, 98-102.

Viana, M.M, De Marco LA, Boson WL, Romano-Silva MA, Correa H. (2005). Investigation of A218C tryptophan hydroxylase polymorphism: association with familial suicide behavior and proband's suicide attempt characteristics. *Genes Brain Behavior* **5**, 340-345.

Zaboli G, Jonsson EG, Gizatullin R, Asberg M & Leopardi R. (2006) Tryptophan hydroxylase-1 gene variants associated with schizophrenia. *Biol. Psychiatry* **60(6)**: 563-9.

7. Artigo em português

Associação do polimorfismo A218C no gene da triptofano hidroxilase em pacientes brasileiros deprimidos com tentativa de suicídio *

Clarissa Pujol^a, Jair Segal^{b,c}, Rafael Rebelo e Silva^d, Luciane Cauduro Lima^a, Sandra Leistner-Segal^{a,*}

- a Programa de Pós – Graduação em Medicina: Ciências Médicas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Serviço de Genética Médica, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos 2350, 90035-903, Porto Alegre, RS, Brasil.
- b Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, Largo Theodore Herzl, s/n^o; Porto Alegre, RS, Brasil.
- c Programa de Pós – Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria. Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos 2350, 90035-903, Porto Alegre, RS, Brasil.
- d Serviço de Genética Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Rua Ramiro Barcelos 2350, 90035-903, Porto Alegre, RS, Brasil.

* Endereço para correspondência:

Dr. Sandra Leistner-Segal
Serviço de Genética Médica
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Rua Ramiro Barcelos 2350
CEP 90035-003
Porto Alegre, RS
Brasil
Telefone: 51 21018011
Fax: 51 21018010
e-mail: ssegal@hcpa.ufrgs.br

* Artigo elaborado de acordo com as normas de publicação da revista *Genes, Brain and Behavior*.

Resumo

É cada vez mais preocupante a dimensão que o suicídio vem tomando no mundo inteiro. Hoje a terceira causa de morte entre indivíduos na faixa etária de 15-44 anos é o suicídio. No Brasil ocorrem 6,6 óbitos/100000, e em Porto Alegre esta taxa gira em torno de 13 óbitos/100000. Este comportamento é um ato multideterminado, para o qual contribuem fatores genéticos e ambientais. Vem crescendo na literatura internacional o número de estudos tentando correlacionar genes e polimorfismos a transtornos psiquiátricos. Este estudo avaliou um grupo de pacientes caucasóides brasileiros deprimidos com tentativa de suicídio em comparação a um grupo controle. Foi analisado o polimorfismo A218C do gene da triptofano hidroxilase. O genótipo CC mostrou-se significativamente mais freqüente no grupo caso contra o grupo controle ($\chi^2 = 8,004$, $p = 0,018$, OR: 4,277 IC 95%: 0,399-5,327). Entre os pacientes, encontrou-se associação entre o genótipo AC e a intenção suicida ($\chi^2 = 6,157$; $p = 0,046$).

Introdução

É cada vez mais preocupante a dimensão que o suicídio vem tomando no mundo inteiro. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, no ano 2000 cerca de um milhão de pessoas morreram por suicídio, o que equivale a uma vítima a cada quarenta segundos. Nos últimos 45 anos as taxas de suicídio aumentaram em 60% ao redor do mundo (www.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/). Dados sobre o número de tentativas de suicídio são escassos, devido à falta de notificação e estima-se que sejam até vinte vezes maiores que aqueles referentes ao suicídio completo. Mesmo estes ainda hoje são subestimados, devido ao preconceito relacionado ao tema. No Brasil, o coeficiente de mortalidade por suicídio é de 6,6 óbitos/100.000, enquanto que na cidade de Porto Alegre este coeficiente chega a 13 óbitos/100.000, a maioria entre indivíduos na faixa etária 15-44 anos (Barros *et al*, 2004,).

O comportamento suicida é um ato multideterminado, para o qual contribuem fatores genéticos e ambientais. A importância do componente genético na determinação do fenótipo suicida é evidenciada em estudos de gêmeos, onde há uma maior concordância para o comportamento suicida em gêmeos monozigóticos comparados a dizigóticos (Roy, 1993). Estudos de adoção corroboram estes resultados, demonstrando que o risco de suicídio é mais alto entre os pais biológicos de filhos adotivos que cometeram o suicídio em comparação aos pais biológicos de filhos adotivos controles (Schulsinger *et al*, 1979). A predisposição ao comportamento suicida segrega na família independentemente da doença psiquiátrica primária (Brent, 1988), visto que em uma mesma família ocorre pacientes com comportamento suicida e diagnósticos diversos de psicopatologias de Eixo I ou II. Tais resultados levam a uma crescente busca por fatores neurobiológicos envolvidos neste comportamento.

A baixa atividade do sistema serotoninérgico é o principal achado bioquímico em pacientes suicidas, demonstrada através da baixa concentração do 5-HIAA (ácido 5-hidroindolacético), o principal metabólito da serotonina no fluido cerebrospinal (CSF) nestes

indivíduos. (Asberg et al, 1976). Os genes do sistema serotoninérgico têm sido amplamente estudados como candidatos ao comportamento suicida. Um dos genes candidatos é o gene da triptofano hidroxilase (TPH), enzima limitante das taxas de serotonina no cérebro (Cooper, 1961). Sua função é catalisar a oxigenação do triptofano em 5-hidroxitriptofano, que é subsequente decarboxilado, formando a serotonina (Kaufman, 1987). O gene da triptofano hidroxilase está localizado no braço curto do cromossomo 11, entre as regiões 11p15.3 e p14 (Craig, 1991), e tem expressão limitada a alguns tecidos específicos, como neurônios da rafe, células mamárias, leucócitos entre outros. Foram identificados dois polimorfismos no íntron 7 do gene, uma transversão de bases (de adenina para citosina) nas posições 218 e 779 denominados como A218C e A779C respectivamente. Diversos estudos de associação entre transtornos psiquiátricos e estes polimorfismos têm sido realizados, mas os resultados ainda são bastante controversos. Tal divergência de resultados se deve principalmente à característica multifatorial das doenças psiquiátricas e também ao pequeno tamanho amostral que reduz significativamente o poder estatístico dos estudos, justificando a realização de mais análises nas mais diversas populações mundiais.

Materiais e métodos

Foi realizado um estudo do tipo caso-controle, onde o grupo de casos constituiu-se de 105 pacientes com idades entre 18 e 67 anos (média $35,53 \pm 12,66$; 59 homens) admitidos em um hospital de emergência (Hospital de Pronto-Socorro de Porto Alegre-HPS) devido a uma tentativa de suicídio. Os pacientes foram diagnosticados através de entrevista clínica e Mini International Neuropsychiatry Interview (MINI) para adultos (Sheehan, 1998). Os pacientes também foram avaliados quanto à intenção suicida através da Suicide Intention Scale (SIS). O grupo controle consistiu em 141 doadores voluntários brancos do Banco de Sangue do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), com idades entre 20 e 60 anos (média de $36,03 \pm 10,80$; 98 homens). Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética do HPS e do HCPA, e também pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Todos os pacientes assinaram Termo de Consentimento Informado. Amostras de sangue venoso

em EDTA foram obtidas dos pacientes, de onde foi extraído o DNA genômico total através da técnica de precipitação por sais descrita por Müller (1988). A análise do polimorfismo A218C procedeu conforme protocolo estabelecido por Souery e colaboradores (2001), utilizando-se da técnica de RFLP (Restriction Fragment Length Polymorphism) com enzima de restrição *BfaI*. Para realizar a análise estatística dos dados, utilizou-se o software SPSS versão 14.0. Variáveis categóricas foram analisadas pelo teste de qui-quadrado de Pearson (χ^2), com a correção de Yates quando necessário. Médias foram comparadas através do teste t de Student. O valor de α adotado foi de 0,05. Casos e controles foram comparados quanto ao sexo, idade, genótipo do polimorfismo A218C e presença do alelo polimórfico 218C. Dentro do grupo caso, os pacientes foram comparados quanto ao tipo da tentativa de suicídio (violenta ou não), letalidade (alta ou baixa), uso de álcool na tentativa, histórico pessoal e familiar de tentativas de suicídio e intenção (desejo de morrer ou desejo de mudar a realidade). Foram consideradas tentativas violentas de suicídio aquelas por envenenamento por substâncias químicas ou cáusticas, ferimento por arma de fogo, ferimento por arma branca, queda de altura, atropelamento, queimadura por fogo, enforcamento e outros tipos de ferimentos auto-infligidos; intoxicação medicamentosa foi considerada tentativa não-violenta.

Resultados

Os dados referentes às análises comparando casos e controles estão apresentados na tabela 1. Diferiram significativamente entre os grupos a frequência do genótipo CC ($\chi^2=8,004$; $p=0,018$, OR: 4,277 IC 95%: 0,399-5,327), que foi maior no grupo caso, e a frequência de indivíduos masculinos ($\chi^2=4,736$; $p=0,03$), que foi maior no grupo controle. As comparações entre os pacientes estão descritas na tabela 2. Também se pôde verificar diferença significativa entre a intenção dos casos, com maior frequência de indivíduos heterozigotos AC entre aqueles que desejavam mudar a realidade ($\chi^2=6,157$; $p=0,046$). A

freqüência de alcoolismo entre os pacientes foi alta (43,8%), embora este fator não esteja associado ao alelo A218C. Pudemos verificar associação entre alcoolismo e tentativas de suicídio violentas ($\chi^2=6,3465$, $p=0,0118$).

Discussão

Este é o segundo estudo a avaliar a freqüência do polimorfismo A218C em pacientes suicidas no Brasil. Uma pesquisa anterior foi realizada em amostra de 248 pacientes controlada por 63 indivíduos saudáveis em dois hospitais de Minas Gerais (Viana *et al*, 2006), porém sem encontrar associação entre o polimorfismo e o comportamento suicida.

O principal achado de nosso estudo foi a maior ocorrência do genótipo CC do polimorfismo A218C no grupo de pacientes suicidas em comparação ao grupo controle, com uma forte associação entre o genótipo CC e o comportamento suicida, sendo 4 vezes maior a chance de um indivíduo do grupo caso apresentar genótipo CC (OR: 4,277, IC 95%:0,399-5,327). Em um artigo de nosso grupo, encontramos uma associação entre o polimorfismo do gene transportador de serotonina (5-HTTLPR) e tentativas violentas de suicídio em portadores do alelo curto ("s") (Segal *et al*, 2006).

Conforme a discussão corrente na literatura internacional, os achados dos artigos relacionando fatores genéticos e doenças mentais são bastante controversos, e este fato leva à necessidade de investigar com maior detalhe os fatores que podem estar influenciando nestes comportamentos. Estudos recentes mostram, por exemplo, associações entre o gene da triptofano hidroxilase e esquizofrenia (Zaboli *et al*, 2006). Uma metanálise também mostrou associação entre o gene da triptofano hidroxilase e a esquizofrenia (Li *et al*, 2006), com uma razão de chances (*odds ratio*) de 1,18.

O alelo polimórfico 218C foi associado ao comportamento suicida em indivíduos deprimidos (Mann *et al*, 1997) e em alcoolistas (Nielsen *et al*, 1998). Nossos achados estão em concordância com estes estudos. Verificamos uma alta freqüência de alcoolismo entre os pacientes (43,8%), embora este fator não esteja associado ao polimorfismo A218C nesta amostra ($p= 0,607$). No entanto, a maior parte das pesquisas que buscam associar o TPH

ao comportamento suicida não demonstra resultados significativos. O polimorfismo A218C não aparece associado a uma amostra de pacientes com transtorno de humor (Souery *et al*, 2001). Em um estudo pós-morte em suicidas que investigou três polimorfismos no gene TPH (A-6526G, G-5806T e A218C), não se encontrou nenhuma diferença significativa para um único loco entre casos e controles, mas sim para um haplótipo (-6526G -5806T 218C) mais freqüente nos suicidas (Turecki, 2001). Essas controvérsias são mais facilmente compreendidas se levarmos em conta que o comportamento suicida, assim como a maioria dos transtornos psiquiátricos, não é um fenótipo determinado geneticamente, mas sim o resultado de uma complexa interação entre fatores genéticos e ambientais (sócio-econômicos, culturais e religiosos), sendo estes últimos decisivos para o aparecimento da doença.

Em nossos achados também identificamos uma maior freqüência de indivíduos portadores do genótipo heterozigoto (AC) entre os pacientes com intenção de “mudar a realidade” com a tentativa de suicídio. Porém o valor do p nesta análise mostrou-se muito próximo do valor adotado para α ($p=0,046$). Um aumento no tamanho da amostra, que é uma das principais limitações dos estudos envolvendo indivíduos com comportamento suicida, seria de fundamental importância para confirmar este achado. Verificamos também uma maior freqüência de alcoolistas entre indivíduos que fizeram tentativas violentas de suicídio ($\chi^2=6,3465$, $p=0,0118$), conforme já havia sido verificado por nosso grupo em estudo prévio (Segal *et al*, 2006) sendo importante ressaltar que o consumo de álcool pode-ser um fator desencadeante para o suicídio. Não encontramos associação entre tentativa de suicídio anterior, tentativa de suicídio na família ou consumo de álcool no episódio da tentativa de suicídio.

Sabe-se que ainda hoje o suicídio é visto por muitos como algo vergonhoso, resultado de falência pessoal ou até mesmo de falhas no caráter. Sendo assim, as taxas de óbitos por suicídio são subestimadas, e acredita-se que o problema seja ainda maior quando se trata de tentativas de suicídio. Dessa forma, o acesso a esses pacientes é dificultado, prejudicando a pesquisa nesta área.

Bellivier et al. (2002) sugere que os resultados conflitantes nos estudos da genética em psiquiatria têm sido atribuídos ao alto risco de falso-positivos e falso-negativos devido a vícios (vieses) relacionados a estratificações étnicas. Campi-Azevedo e cols. (2003) corroboram a idéia de possíveis vícios de estratificação étnica em diversos estudos do polimorfismo do gene transportador da serotonina os quais têm mostrado resultados discrepantes entre diferentes grupos étnicos. Para minimizar os efeitos de estratificação étnica nos nossos resultados, limitamos as análises apenas a indivíduos caucasóides, excluindo negros e mestiços (mulatos). Outros fatores que interferem na homogeneidade dos resultados diz respeito à heterogeneidade genética, interação entre o gene em questão e outros fatores de vulnerabilidade, validade genética desconhecida dos diagnósticos psiquiátricos, critérios de seleção do grupo controle, tamanho da amostra e poder além das diferentes vantagens e limitações de alguns tipos de estudos epidemiológicos.

Recentemente foi identificada uma isoforma da enzima triptofano hidroxilase, expressa exclusivamente nos tecidos do sistema nervoso central. Whalter e colaboradores (2003) identificaram o gene codificador da enzima e, comparando-o com o gene TPH, encontraram 71% de homologia entre eles, sendo que as regiões codificadoras dos domínios funcionais da proteína mostraram-se altamente conservadas. O gene foi denominado TPH2, e atualmente inúmeros estudos têm sido realizados no intuito de se encontrar associação entre polimorfismos deste gene e transtornos psiquiátricos.

Até o presente momento não se identificou um único gene ou grupo de genes que possa ser responsabilizado por tal comportamento ou qualquer outro tipo de doença ou sintomatologia psiquiátrica. Sabemos que o comportamento suicida, bem como as doenças psiquiátricas, tem origem multifatorial, onde fatores biológicos, genéticos, familiares e sociais estão integrados dentro de um modelo onde cada elemento tem uma pequena, mas significativa participação como fator preditivo de risco. Dessa forma, os estudos já realizados necessitam ser replicados em outras populações e com um número maior de participantes para uma melhor compreensão do papel da serotonina e os genes envolvidos nestas

situações, o que poderá auxiliar na prevenção e manejo deste evento que causa tanta morbidade e aumento da mortalidade no mundo inteiro.

Tabela 1: Dados e frequências genótípicas e alélicas nos pacientes e controles.

	Casos (n=105)	Controles (n=141)	χ^2	t	p
Sexo					
Masculino	59 (56,2%)	98 (70,51%)	4,736*		0,030
Feminino	46 (43,8%)	41 (29,49%)			
Idade					
	18-67	20-61		0,332	0,740
	35,53±12,66	36,03±10,80			
Genótipo					
AA	20 (19,04%)	27 (19,42%)	8,004* OR:4,277 IC: 0,399-5,327		0,018
AC	71 (67,62%)	107 (76,97%)			
CC	14 (13,34%)	5 (3,61%)			
Alelo C					
Sim (AC+CC)	85 (80,95%)	112 (80,57%)	~0		1,000
Não (AA)	20 (19,05%)	27 (19,43%)			

Tabela 2: Características das tentativas de suicídio, frequências genótípicas e alélicas nos pacientes.

	Genótipos			χ^2	Alelo C		χ^2
	AA	AC	CC		Sim	Não	
Sexo							
Masculino	12 (60%)	40 (43,7%)	7 (50%)	0,336	47 (55,3%)	12 (60%)	0,146
Feminino	8 (40%)	31 (55,3%)	7 (50%)	p=0,845	38 (44,7%)	8 (40%)	p=0,703
Intenção							
Morrer	12 (63,2%)	36 (50,7%)	12 (85,7%)	6,157	12 (63,2%)	48(56,5%)	0,285
Mudar a realidade	7 (36,8%)	35 (49,3%)	2 (14,3%)	p=0,046*	7 (36,8%)	37(43,5%)	p=0,594
Uso de álcool na tentativa							
Sim	9 (45%)	31 (43,7%)	6 (42,9%)	0,017	37 (43,5%)	9 (45%)	0,014
Não	11 (55%)	40 (56,3%)	8 (57,1%)	p= 0,991	48 (56,5%)	11 (55%)	p=0,905
Tentativa de suicídio prévia							
Sim	9 (45%)	26 (36,6%)	5 (35,7%)	0,507	9 (45%)	31 (36,5%)	0,499
Não	11 (55%)	45 (63,4%)	9 (64,3%)	p=0,777	11 (55%)	54 (63,5%)	p=0,480
Tentativa de suicídio na família							
Sim	13 (65%)	42 (59,2%)	7 (50%)	0,767	13 (65%)	49 (57,6%)	0,122
Não	7 (35%)	29 (40,8%)	7 (50%)	p=0,681	7 (35%)	36 (42,4%)	P=0,727

Referências bibliográficas

Asberg, M.; Traskman. L.; Thoren, P. (1976). 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: a biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry*, **33**; 1193-1197.

Barros, M.B.A.; Oliveira, H.B. & Marin-León, L. (2004) Epidemiologia no Brasil. In Werlang, B.G. & Botega, N.J. (eds), *Comportamento suicida*. Artmed Editora, Porto Alegre, pp 45-58.

Bellivier F, Roy I & Leboyer M. (2002). Serotonin transporter gene polymorphisms and affective disorder-related phenotypes. *Current Opinion in Psychiatry*, **15**, 49-58.

Brent, D.A.; Perper, J.A.; Goldstein, C.E.; Kolko, D.J.; Allan, M.J.; Allman, C.J.; Zelenak, J.P. (1988). Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of Gen Psychiatry* **45**, 581-588

Campi-Azevedo AC, Boson W, De Marco L, Romano-Silva MA & Corrêa H. (2003). Association of the serotonin transporter promoter polymorphism with suicidal behavior. *Molecular Psychiatry* **8**, 899–900.

Cooper, J.R.; Melcer, I. (1961). The enzymatic oxidation of tryptophan to 5-hydroxytryptophan in the biosynthesis of serotonin. *J Pharmacol Exp Ther* **132**, 265-268.

Craig, S.P.; Boularand, S.; Darmon, M.C.; Mallet, J.; Craig, I.W. (1991) Localization of human tryptophan hydroxylase (TPH) to chromosome 11p15.3-p14 by in situ hybridization. *Cytogenet. Cell Genet.* **56**,157-159.

Kaufman S (1987). The enzymology of the aromatic amino acid hydroxylases. In: Kaufman S(ed) Amino acids in health and disease: new perspectives. Alan R Liss, New York, pp 205-232.

Li D & He L. (2006) Meta-analysis shows association between the tryptophan hydroxylase (TPH) gene and schizophrenia. *Hum. Genet.* **120(1)**, 22-30.

Mann, J.J.; Malone, K.M.; Nielsen, D.A.; David, A.; Goldman, D. e cols. (1997) Possible association of a polymorphism of the tryptophan hydroxylase gene with suicidal behavior in depressed patients. *Am. Journal of Psychiatry* **154**, 1451-1453.

Müller S.A., Dykes D.D., Polesky H.S.,(1988). A simple salting out procedure for extracting DNA from human nucleated cells. *Nucleic Acid Research* **16**, 1215.

Nielsen, D.; Virkkunen, M.; Lappalainen, J.; Eggert, M. e cols. (1998) A tryptophan hydroxylase gene marker for suicidality and alcoholism. *Archives of General Psychiatry* **55**, 593-602.

Roy, A. (1993). Genetic and biologic risk factors for suicide in depressive disorders. *Psychiatric Quaterly* **64**:345-358.

Schulsinger, F; Kety S.S.; Rosenthal, D.; Wender, P.H. (1979). A family study of suicide. In: Schou, M. & Strömngren E, (eds). *Origins, prevention, and treatment of affective disorders*. London: Academic Press Inc, pp 277-287.

Segal J, Pujol C, Birck A, Manfro GG & Leistner-Segal S. (2006). Association between suicide attempts in south Brazilian depressed patients with the serotonin transporter polymorphism. *Psychiatry Research* **143**: 289-291.

Sheehan D.V., Lecrubier Y., Sheehan K.H., Amorim P., Janavs J., Weiller E., Hergueta T., Baker R. & Dumbar G.C. (1998). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry* **59** , 22-23.

Souery, D.; Van Gestel, S.; Massat, I.; Blairy, S.; Adolfsson, R. & Mendlewicz, J. (2001) Tryptophan hydroxylase polymorphism and suicidality in unipolar and bipolar affective disorders: a multicenter association study. *Biological Psychiatry* **49**, 405-409.

Turecki G; Zhu Z; Tzenova J; Lesage A; Séguin M., Tousignant, M., Chawky, N, Vanier C, Lipp, O., Alda, M., Joober, R., Benkelfalt, C. & Rouleau, G.A.. (2001).TPH and suicidal behavior: a study in suicide completers. *Molecular Psychiatry* **6**, 98-102.

Viana, M.M, De Marco LA, Boson WL, Romano-Silva MA, Correa H. (2005). Investigation of A218C tryptophan hydroxylase polymorphism: association with familial suicide behavior and proband's suicide attempt characteristics. *Genes Brain Behavior* **5**, 340-345.

Zaboli G, Jonsson EG, Gizatullin R, Asberg M & Leopardi R. (2006) Tryptophan hydroxylase-1 gene variants associated with schizophrenia. *Biol. Psychiatry* **60(6)**: 563-9.

8. Considerações finais e perspectivas

Conforme demonstrado no artigo, este estudo permitiu detectar uma forte associação entre o genótipo CC do polimorfismo A218C e o comportamento suicida em uma amostra de pacientes deprimidos que tentaram o suicídio em comparação com um grupo controle.

Estudos de caso-controle são ideais em casos de doenças ou desfechos raros, pois selecionam os indivíduos a partir do desfecho e descrevem uma exposição anterior, no nosso caso, os genótipos e alelos. Não se pode descartar, porém, que outros fatores possam estar segregando nesta amostra juntamente com os genótipos, ou mesmo que o polimorfismo A218C seja um marcador cromossômico apenas, e outro polimorfismo ou alteração esteja participando como fator de risco para o comportamento suicida. Tais aspectos evidenciam a necessidade da continuidade de pesquisas envolvendo fatores genéticos e transtornos psiquiátricos.

Como discutido anteriormente, foi identificada uma forma cerebral da triptofano hidroxilase, codificada por uma isoforma do gene anteriormente conhecido, agora denominado TPH1. É necessário que se realize mais estudos envolvendo polimorfismos neste gene, para quem sabe se encontrar associações mais fortes entre genética e fenótipo e assim caminhar um pouco mais longe no sentido de desvendar as bases genéticas dos transtornos psiquiátricos. Uma técnica para análise de um polimorfismo intrônico no gene TPH2, já está sendo desenvolvida em nosso laboratório, com alguns resultados positivos. Polimorfismos em outros genes da via serotoninérgica estão sendo estudados por nosso grupo, para que possamos montar um haplótipo de susceptibilidade para o suicídio em nesta amostra.

Em última instância, deve-se sempre lembrar que traços comportamentais, doenças e desfechos psiquiátricos tais como o suicídio são fenótipos extremamente heterogêneos e multideterminados, sendo assim não é possível prever com certeza através da análise do genótipo de um indivíduo se ele um dia cometerá o suicídio ou não. Pode-se sim detectar situações e casos onde o risco é mais alto e manejar os fatores que são passíveis de

manejo, ou seja, os ambientais. Dessa maneira, se escapa do determinismo genético, tão discutido atualmente, avaliando a situação de saúde mental de um paciente como o resultado de uma complexa rede de fatores biológicos e sociais, e conseqüentemente aprimorando a qualidade do atendimento de pacientes na rede pública de saúde.

Anexos

I Termo de consentimento Informado

II Protocolo de Investigação para o suicídio

III Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)

IV Suicide Intention Scale (SIS)

Projeto de Pesquisa: “ASPECTOS MOLECULARES DO SUICÍDIO: ANÁLISE DE GENES RELACIONADOS À VIA SEROTONINÉRGICA”

Este projeto de pesquisa tem como objetivo estudar os pacientes que procuraram atendimento no Hospital de Pronto Socorro devido a uma tentativa de suicídio. Durante o atendimento se buscará obter informações sobre os possíveis motivos e causas que possam ter levado a tentativa de suicídio e assim buscar o tratamento adequado para cada situação. Os pacientes que buscam o HPS serão convidados a participar de um estudo sobre o suicídio que envolve a avaliação genética. Essa avaliação será feita a partir da coleta de 10 ml de sangue dos pacientes que aceitarem participar deste projeto. A razão de se estudar o sangue dos pacientes é que se sabe que há uma possível relação genética com condutas autodestrutivas, incluindo o suicídio e a impulsividade. Assim através da análise de sangue se investigará a presença de um fator que pode estar relacionado com o desenvolvimento da doença depressiva e com o suicídio.

Risco e Desconforto

Os riscos associados à coleta de sangue são mínimos, podendo ocorrer manchas roxas e dor no local da coleta. O desconforto será mínimo, pois a coleta será realizada por profissional treinado e experiente.

Benefícios

O presente estudo não se propõe a trazer benefícios diretos e imediatos aos pacientes investigados. Mas o estudo pode contribuir para uma melhor compreensão a respeito do suicídio, que no futuro, leve a uma melhor definição do diagnóstico, do tratamento e do prognóstico dos pacientes e ao desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais efetivas para esta situação.

Recusa ou Descontinuação da participação

Eu entendo que a participação neste estudo é voluntária e que posso, a qualquer momento, retirar meu consentimento e interromper minha participação. A recusa em participar ou a desistência não ocasionará nenhum prejuízo aos cuidados médicos que estou

recebendo nem está condicionado a continuidade do tratamento que recebo no Hospital de Pronto Socorro.

Pelo presente termo, declaro que fui informado, de forma clara e detalhada, sobre o presente projeto de pesquisa, e que tive minhas dúvidas esclarecidas por_____. Fui igualmente informado sobre a garantia da manutenção do anonimato, da privacidade das informações que forneci e também recebi respostas e esclarecimentos sobre todos os procedimentos envolvidos nesta pesquisa. Declaro também que estou de pleno acordo com a minha participação neste projeto.

Nome do participante ou responsável

Assinatura do participante ou responsável

Responsabilidade do pesquisador

Eu expliquei a _____ o objetivo deste estudo, os procedimentos requeridos e os possíveis riscos e benefícios, usando o meu melhor conhecimento. Eu me comprometo a fornecer uma cópia desse formulário de consentimento ao participante ou responsável e cumprir com aquilo que foi informado ao paciente.

Nome do pesquisador ou associado

Assinatura do pesquisador

Porto Alegre, ____ de _____ de 200__.

Contato: Dr. Jair Segal, psiquiatra do HPS (Fone: 32897999).

Protocolo de Investigação para o Suicídio (Elaborado por Jair Segal)

Dados Básicos da Identificação:

Prontuário:

DN: ____/____/____ Idade:

Estado civil: solteiro () casado () separado () divorciado () viúvo ()

Adotivo:

Orientação sexual:

Religião:

Local de trabalho:

Trabalho informal:

Desempregado:

Endereço:
 Telefone:
 Procedência: Meio urbano:() Meio Rural: ()
 Grau de instrução/ escolaridade:
 Local onde estuda:
 Raça / Etnia: Branco () Negro () Mulato () Amarelo () Mestiço ()
 Responsável ou cônjuge:
 Telefone e endereço da referência:
 Número de filhos:
 Idade dos filhos:
 Status sócio-econômico:
 Renda média pessoal/familiar:
 Estrutura social da família: () Integrada () Desintegrada () Refeita

Dados da história:

Método utilizado:

Neuroléptico:	Nome genérico:	Dose aproximada: mg
Álcool:		
Benzodiazepínicos		
Opiáceos		
Organofosforados		
Outros:		
Enforcamento:		
Ferimento com arma branca:		
Ferimento com arma de fogo:		
Quedas de locais / acidentes de trânsito:		
Ateamento de fogo/ sufocamento por gás ou combustíveis:		
Ferimentos auto inflingidos (cortes com lâminas):		

Ideação: Persistente: () Tipo impulsiva: () Tipo manipulativa: ()

Fatores desencadeantes presentes:

Morte de familiar: ()

Briga e/ou Rompimento de relacionamento afetivo: ()

Perdas materiais: ()

Motivo não compreensível () Qual:

Número de tentativas anteriores:

Tipos de tentativas:

Letalidade das tentativas: Alta () Média () Baixa ()

Presença de pessoas no local da TS e/ou que prestaram socorro: () sim () não

Número de internações psiquiátricas:

Local onde internou:

Passagens pelo HPS:

Uso ou abuso de substâncias psicoativas: (comorbidades)

	Atual	Passado	Idade do início	Tempo de uso
Álcool:				
Tabaco:				

Estimulantes:				
Benzodiazepínicos:				
Antidepressivos:				
Antipsicóticos:				
Inalantes:				
Canabis:				

Uso de medicamentos clínicos:

Tipo: Anti-hipertensivo ()

Antiinflamatório ()

Outros:

Procurou ajuda para algum tipo de problema emocional no último semestre ou ano:

História familiar de doença mental

Doença bipolar:
Esquizofrenia:
Drogadição:
Alcoolismo:
Transtornos de personalidade:
Retardo Mental:

História de internações psiquiátricas na família:

Local de atendimento:

História de suicídio na família:

Tipo de tentativa utilizada:

Grau de parentesco:

Heredograma:

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 de la Salpêtrière - Paris

Tradução para o português (Brasil) : P. 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 fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de suas atividades clínicas e de investigação.

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
Recorrente	Passado	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36	
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	p	29x.xx	nenhum
EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26	
Single F32.x				
Recurrent	F33.x		296.30-296.36	
B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Passado	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum
	Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto			
D EPISÓDIO MANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
EPISÓDIO MANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.30
	Passado	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.30
EPISÓDIO HIPOMANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.83	nenhum
	Passado	<input type="checkbox"/>	293.83	nenhum
EPISÓDIO MANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
	Passado	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
EPISÓDIO HIPOMANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
	Passado	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
E TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	
F40.01-F41.0				
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	
F40.01-F41.0				
TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
F AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H FOBIA ESPECÍFICA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.29	F40.2
I TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
TOC DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
TOC INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
J TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
K DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
ABUSO DE ÁLCOOL	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
L DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-	
.90 F11.0-F19.1				
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-	
.90 F11.0-F19.1				
ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-	
.90 F11.0-F19.1				
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 ESQUIZOFRENIA	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
		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	Vida inteira	<input type="checkbox"/>		F31.X3/F31.X2/F31.X5
	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 ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	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(a) entrevistador(a) indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

• Convenções:

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

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

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

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

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

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

• **Instruções de cotação :**

Todas as perguntas feitas devem ser cotadas. A cotação faz-se à direita de cada uma das questões, envolvendo com um círculo a resposta correspondente do(a) entrevistado(a), seja “SIM” ou “NÃO”. O(a) entrevistador(a) deve se assegurar que cada um dos termos formulados na questão foi, de fato, considerado pelo(a) entrevistado(a) na sua resposta (em particular, os critérios de duração, de frequência e as alternativas “e / ou”).

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do 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
N.A. P. S. Novo Mundo
Avenida Manchester 2000, Chácara 2
Jardim Novo Mundo
74703-000 – Goiânia - Goiás
BRASIL
Tel: + 55 62 524 18 02
+ 55 62 524 18 04
fax: + 55 62 213 64 87
e-mail: p.amorim@persogo.com.br

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

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

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

SE O MÓDULO "M" JÁ FOI EXPLORADO E SE SINTOMAS PSICÓTICOS FORAM IDENTIFICADOS (M1 A M10B), EXAMINAR, PARA CADA RESPOSTA POSITIVA ÀS QUESTÕES SEQUINTE, 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, ÃO M quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas ?	N SI 1
		SE A1a = SIM :	
	b	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte ÃO M do dia, quase todos os dias,?	N SI 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

NÃO		pelo menos duas semanas ?	
	SIM	3	
		SE A1a = SIM :	
	b	Nas duas últimas semanas, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, ou perdeu	

o interesse

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

SE **A3e = SIM**: PEDIR UM EXEMPLO.

O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? NÃO SIM

<u>Episódio Passado</u>		<u>Episódio Atual</u>	
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO NÃO 10	SIM SIM
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		
<hr/>			
A4	<input type="checkbox"/> 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)? 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.	NÃO NÃO	SIM SIM
A5	<input type="checkbox"/> 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? SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.	NÃO NÃO 12	SIM SIM
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 ? <input type="checkbox"/> UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ? NÃO SIM 13	NÃO	SIM
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 idade que apresentou esses problemas de depressão ?
- A12 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que duraram pelo menos 2 semanas ?

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
	O	
b	Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?	NÃO SIM
	O	
	SE NÃO: Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente?	<input type="checkbox"/>

17

A13a OU A13b SÃO COTADAS SIM ?

O

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 | NÃO | SIM | 18 | pode sentir |
| b | Quase todos os dias, sentia-se, em geral, pior pela manhã ? | NÃO | SIM | | |
| 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 | | |
| 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

**Episódio Depressivo Maior
com características
melancólicas
Atual**

SUBTIPOS DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR**aplica**

- 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

- 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

NÃO

SIM

22

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 ?"]

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 ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).

UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO

SIM

31

B5 É COTADA SIM?

CRONOLOGIA

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

idade

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

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

			Pontos
C1	Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃ	
	O	SIM	1
C2	Quis fazer mal a si mesmo (a) ?	NÃ	
	O	SIM	2
C3	Pensou em suicídio ?	NÃ	
	O	SIM	6
C4	Pensou numa maneira de se suicidar ?	NÃ	
	O	SIM	10
C5	Tentou o suicídio ?	NÃ	
	O	SIM	10
Ao longo da sua vida:			
C6	Já fez alguma tentativa de suicídio ?	NÃ	
	O	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	

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

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

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

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

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

D1 a Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia

NÃO

SIM

1

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).

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

NÃO

SIM

3

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).

SE D2a = SIM:

b Sente-se, continuamente irritável atualmente?

NÃO

SIM

4

D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?

O

NÃO
SIM

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

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

Episódio Passado

Episódio Atual

a Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes

NÃO SIM

NÃO SIM

5

de fazer ou que você era alguém especialmente importante?

SE SIM: PEDIR UM EXEMPLO.

O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? NÃO SIM

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 Passado

Episódio Atual

f Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?

NÃO SIM

NÃO SIM

10

g Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você) ?

NÃO SIM

NÃO SIM

11

D3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3

OU 4 SE **D1a** = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU **D1b** = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL)? NÃO SIM
NÃO SIM

VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO.

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

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

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

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

SE **D4 (SUMÁRIO)** É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR **D3 e D4** PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

- D5 Esses problemas duraram pelo menos uma semana E o (a) perturbaram NÃO SIM
 NÃO SIM
13 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**

*Episódio (Hipo) Maníaco
induzido por substância*

Atual
Passado

NÃO **SIM**¹⁴

Ciclagem Rápida

NÃO **SIM**¹⁵

Episódio Misto

NÃO **SIM**¹⁶

Padrão Sazonal

NÃO **SIM**¹⁷

*Com remissão completa
entre episódios*

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

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

(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),

mui

to desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não

NÃ

O

SIM

1

se sentiria assim ?

b SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?

NÃ

O

SIM

2

E2 Alguns desses episódios súbitos de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis

NÃO

SIM

3

OU

ocorreram sem que nada os provocasse ou sem motivo ?

E3 Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual

NÃO

SIM

4

teve

medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?

E4 **Durante o episódio em que se sentiu pior :**

- a Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?
NÃO
SIM
5
- b Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?
NÃO
SIM
6
- c Teve tremores ou contrações musculares ?
NÃO
SIM
7
- d Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?
NÃO
SIM
8
- e Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?
NÃO
SIM
9
- f Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?
NÃO
SIM
10
- g Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?
NÃO
SIM
11
- h Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?
NÃO
SIM
12
- i Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?
NÃO
SIM
13
- j Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?
NÃO
SIM
14
- k Teve medo de morrer ?
NÃO

SIM
15

l Teve dormências ou formigamentos no corpo?
NÃO
SIM
16

m Teve ondas de frio ou de calor ?
NÃO
SIM
17

E4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?
NÃO
SIM

- E5 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?
 Não Sim
- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?
 Não Sim

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

E5 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?
NÃO
SIM
18
SE E5 (SUMÁRIO) = NÃO, PASSAR A E9.

E6
E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5 (SUMÁRIO) = SIM?
NÃO
SIM

TRANSTORNO DE PÂNICO

VIDA INTEIRA

E7 SE E6 = NÃO, HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA SIM EM E4 ?

NÃO SIM

EM SINTOMAS

ATAQUES POBRES

VIDA INTEIRA

E8 Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios súbitos de ansiedade,

NÃO
SIM
19

seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?
TRANSTORNO DE PÂNICO

(SE RESPOSTA NEGATIVA, INSISTIR NA QUESTÃO, RELEMBRANDO CADA UM DOS SINTOMAS DESCRITOS EM E4).

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 gerada</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 ?

 idade

E12 No último ano, durante quantos meses teve episódios súbitos de ansiedade ou medo de ter um desses episódios ?

F. AGORAFOBIA

F1 Alguma vez sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações em que poderia ter episódios súbitos de ansiedade dos quais acabamos de falar ? OU sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações dos quais é difícil escapar ou ter ajuda como: estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?

NÃO 22
SIM

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

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

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

SE **SIM**, ASSINALAR SE:

F2 vida inteira **F3** atual

E6 vida inteira **E8** atual

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

NÃO **SIM**
TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL
sem Agorafobia

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 PÓBRES 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

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

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 **NÃO**

SIM

1

falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?

G2 Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?

NÃO

SIM

2

G3 Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente

um intenso mal-estar quando as enfrenta ?
NÃO SIM

3

G4 Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?

NÃO SIM

FOBIA SOCIAL
(Transtorno de Ansiedade Social)
ATUAL

SUBTIPOS

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

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

CRONOLOGIA

G5 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações sociais de que falamos ? idade

G6 No último ano, durante quantos meses teve medo importante das as situações sociais de que falamos ?

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
NÃO
SIM
1
por exemplo : voar, dirigir, alturas, trovões, animais, insetos, ver sangue, tomar injeção ?

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?

CRONOLOGIA

NÃO

4

SIM

**FOBIA ESPECÍFICA
ATUAL**

H5 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações de que falamos ? idade

H6 No último ano, durante quantos meses teve medo importante dessas situações ?

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,
NÃO
SIM

1

inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo ?

passar a I4

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

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

NÃO

SIM

3

de ev
obsessões

I4 Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar,

NÃO

SIM

4

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?

compulsões

I3 ou **I4** SÃO COTADAS **SIM**?

NÃO

SIM

15 Reconhece que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais,

NÃO

SIM

5

absurdos(as) ou exagerados(as) ?

16 Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa

NÃO

SIM

6

por dia do seu tempo ?

seu trabalho

17 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 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

T.O.C. ATUAL

18 **I6** E **I7 b** SÃO COTADAS **SIM**
E **I7 (SUMÁRIO)** É COTADA **NÃO** ?

NÃO SIM

T.O.C. ATUAL

devido a condição médica gera

19 **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

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

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

NÃO

SIM

1

ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade

física?

EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO À MÃO ARMADA, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...

J2 Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou

NÃO

SIM

2

sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?

J3 **Durante o último mês:**

a Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?

NÃO

SIM

3

b Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?

NÃO

SIM

4

c Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?

NÃO

SIM

5

d Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?

NÃO

SIM

6

e Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?

NÃO

SIM

7

f Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?

NÃO

SIM

8

J3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM J3 ?

NÃO

SIM

J4 Durante o último mês:

a Teve dificuldade de dormir ?

NÃO

SIM

9

b Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?

NÃO

SIM

10

c Teve dificuldades de se concentrar ?

NÃO

SIM

11

d Estava nervoso(a), constantemente alerta?

NÃO

SIM

12

e Ficava sobressaltado(a) por quase nada?

NÃO

SIM

13

J4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM J4 ?

NÃO

SIM

J5 Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho,

NÃO

SIM

14

suas atividades

J5 É COTADA SIM ?

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

CRONOLOGIA

J6 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas ?

idade

J7 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou a maior parte das dificuldades das quais falamos ?

J8 No último ano, durante quantos meses apresentou esses problemas de forma persistente ?

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
NÃO
SIM
1
ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?

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?

NÃO SIM 3

(COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO).

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 problema

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

NÃO	<input type="checkbox"/>	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?
NÃO SIM 9
(COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS)
- b Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado co
- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?
O NÃO SIM 11
- d Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares o

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K3 ?

NÃO	<input type="checkbox"/>	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
NÃO
SIM
13
ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?

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?

NÃO SIM 15

(COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).

- 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 problema

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM k5 ?

NÃO	<input type="checkbox"/>	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?

SIM 21

(COTAR "SIM" SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS)

NÃO

- b Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente

arriscado co

- c Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?

O

NÃO
SIM 23

d Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus

familiares o

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,

NÃO

SIM

para mudar o seu estado de humor ou para ficar “ de cabeça feita / chapado”?

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®)

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

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

CANABINÓIDES: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, 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

SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA

CADA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) CONSUMIDA SEPARADAMENTE
(FOTOCOPIAR L2 E L3, SE NECESSÁRIO).

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

L2 **Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA],
ao longo da sua vida:**

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

NÃO

SIM

1

- b Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou, sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ? Ou você tomava

NÃO SIM 2

qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ?
(COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO).

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

NÃO

SIM

3

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

NÃO

SIM

4

- e Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], passava mais de 2 horas tentando conseguir a(s) droga(s), se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ou

NÃO

SIM

5

ainda pensando nessas drogas ?

f Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com
NÃO

SIM

6

os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ?

g Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]

NÃO

SIM

7

mesmo sab

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 SELECCIONADA]

nos últimos 12 meses ?

NÃO

SIM

8

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

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

NÃO

SIM

Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE
SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], 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

NÃO

SIM

qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ?
(COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).

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

NÃO

SIM

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

NÃO

SIM

Nos dias em que usava [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], 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 SELECCIONADA], ou

NÃO

SIM

ainda pensando nessas drogas ?

Reduziu as suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com

NÃO

SIM

os amigos ou a família por causa da(s) droga(s) ?

Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]

NÃO

SIM

mesmo sab

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 SELECCIONADA], nos últimos 12 meses:

L4 a Por várias vezes ficou intoxicado ou “ de cabeça feita / chapado” com [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], quando tinha coisas para fazer no trabalho (/ na escola) ou em casa ? Isso lhe causou problemas?

NÃO SIM 9

(COTAR "SIM" SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS).

b Por várias vezes esteve sob o efeito de [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] 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 SELECCIONADA]?

NÃO

SIM

11

- d Continuou a usar [SUBSTÂNCIA OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]

mesmo sab

ou com outr

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM L4 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : _____

NÃO	SIM
ABUSO DE SUSTÂNCIA(S) ATUAL	

CRONOLOGIA

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

idade

M. TRANSTORNOS PSICÓTICOS - Parte 1

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

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

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

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

Agora vou f

COLUNA B		COLUNA A				
Julgamento clínico do/a entrevistador/a (se necessário)		Resposta do(a) entrevistado(a)				
		NÃO	SIM	BIZARRO SIM	SIM	BIZARRO SIM
M1	a Alguma vez acreditou que alguém o espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal ?					
	b SE SIM : Atualmente acredita nisso ? NOTE: PEÇA EXEMPLOS PARA EXCLUIR FATOS REAIS.	NÃO	SIM	SIM <input type="checkbox"/> M6	SIM	SIM <input type="checkbox"/> M6
M2	a Alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir os seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra (s) pessoa (s) ?	NÃO		SIM		SIM
	b SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO		SIM <input type="checkbox"/> M6		SIM <input type="checkbox"/> M6
M3	a Alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos estranhos que não eram os seus ou o(a) fazia agir de forma diferente do seu jeito habitual? Alguma vez acreditou que estava possuído(a)? CLÍNICO: PEDIR EXEMPLOS E DESCONSIDERAR O QUE NÃO FOR PSICÓTICO.	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
	b SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM <input type="checkbox"/> M6	SIM	SIM <input type="checkbox"/> M6
M4	a Alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio ou do jornal ou teve a impressão de que alguém que não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
	b SE SIM : Atualmente acredita nisso ?	NÃO	SIM	SIM <input type="checkbox"/> M6	SIM	SIM <input type="checkbox"/> M6

M5 a Alguma vez teve idéias que os seus familiares ou amigos achavam estranhas ou fora da realidade e que eles não compartilhavam com você ? PEDIR UM EXEMPLO.
 COTAR “SIM” APENAS SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA CLARAMENTE IDÉIAS DELIRANTES HIPOCONDRIACAS OU DE POSSESSÃO, DE CULPA, DE RUÍNA, DE GRANDEZA OU OUTRAS NÃO EXPLORADAS PELAS QUESTÕES DE M1 A M4.

NÃO SIM SIM SIM SIM

b SE SIM : Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?

NÃO SIM SIM SIM SIM

(ENTREVISTADOR/A)

COLUNA A (ENTREVISTADO/A)

COLUNA B

M6 a Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes?

NÃO SIM

SIM SIM

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?

BIZARRO

BIZARRO

SIM

b SE SIM : Ouviu essas coisas/vozes no último mês?

NÃO SIM SIM

SIM SIM

COTAR “SIM BIZARRO” SE O(A) ENTREVISTADO(A) OUVI 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

NÃO SIM presentes não podiam ver,

SIM

isto é, teve visões quando estava

completamente acordado?

COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS.

b SE SIM: Teve essas visões no último mês ?

NÃO SIM

SIM

JULGAMENTO DO CLÍNICO

M8 b ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU

NÃO

SIM

15

DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?

M9 b ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE

NÃO

SIM 16 DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?

M10 b OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO,

NÃO

SIM

17

POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?

M11 a HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE M1 A M10b?

NÃO

SIM

SE M11a =

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.

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 BIZARR0**?"

oU

HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES "b" = **SIM MAS NÃO " SIM BIZARR0**?"

M11d

DE **M1** A **M7**: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES "a" = **SIM BIZARR0**?"

oU

HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES "a" = **SIM MAS NÃO " SIM BIZARR0**?"
(VERIFICAR QUE OS SINTOMAS OCORRERAM NO MESMO PERÍODO)

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

NÃO
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido ATUAL

SIM
Critério A da Esquizofrenia preenchido ATUAL

NÃO
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido VIDA INTEIRA

SIM
Critério A da Esquizofrenia preenchido VIDA INTEIRA

NÃO	SIM	22
TRANTORNO 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.

M15 a **Durante ou depois** desse (de um desses) período(s) em teve essas crenças/experiências,

O

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.

c Você foi tratado(a) com medicamentos ou foi hospitalizado(a) por causa dessas

O

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 ?

M16 a O(A) ENTREVISTADO(A) DESCREVE UM FUNCIONAMENTO DETERIORADO

O

(**M15a = SIM**) OU FOI TRATADO / HOSPITALIZADO POR PSICOSE (**M15c = SIM**).

NÃO
SIM 29

b JULGAMENTO DO CLÍNICO: CONSIDERANDO SUA EXPERIÊNCIA, A DISFUNÇÃO 1

ausente

CAUSADA PELA PSICOSE, **AO LONGO DA VIDA** DO(A) ENTREVISTADO(A) É: 2

leve 30

3 moderada

4 severa

M17 QUAL É A DURAÇÃO TOTAL DA PSICOSE, CONSIDERANDO A FASE ATIVA
<1 mês 31

(**M14**) E AS DIFICULDADES ASSOCIADAS (**M15b**) E O TRATAMENTO

a <6 meses

1 ≥ 1 dia a

PSIQUIÁTRICO (**M15d**) ?

meses

2 ≥ 1 mês

3 ≥ 6

CRONOLOGIA

M18 a Que idade tinha quando, pela primeira vez, teve essas crenças/experiências pouco comuns ? idade

b Desde o começo desses problemas, quantos episódios distintos em que apresentou essas crenças/experiências, já teve ?

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

NÃO

SIM

DEPRESSIVO MAIOR ATUAL OU PASSADO (QUESTÃO **A8 = SIM**) ?

b SE **SIM**: QUESTÃO **A1** (HUMOR DEPRESSIVO) É COTADA **SIM** ?

NÃO

SIM

c o(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA UM EPISÓDIO

NÃO

SIM

MANÍACO ATUAL OU PASSADO (QUESTÃO **D7 = SIM**)?

d **M19a** O U **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

NÃO

SIM

34

essas crenças/ experiências, sentia-se, ao mesmo tempo, [deprimido(a) / eufórico(a) /

↓

irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)] ?

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) /

NÃO

SIM

35

eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A) ?



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 ?

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

kgs.

O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO

NÃO

SIM

cm

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 ?

O

4

NÃO
SIM

c Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ?

O

5

NÃO
SIM

N5 HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM N4 ?

O

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) ?

O

6

NÃO
SIM

PARA AS MULHERES: N5 E N6 SÃO COTADAS "SIM" ?

PARA OS HOMENS: N5 É COTADA "SIM" ?

NÃO

SIM

**ANOREXIA NERVOSA
ATUAL**

CRONOLOGIA

N7 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de peso que acabamos de falar ?

idade

N8 Desde que esses problemas de começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou a maior parte das dificuldades das quais falamos ?

N9 No último ano, durante quantos meses apresentou esses problemas de peso, de forma persistente ?

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
NÃO
SIM
10
quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?
-
- 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
NÃO
SIM
12
comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?
- 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

NÃO

SIM

13
medicamentos para tirar a fome ?

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 ?

NÃO

SIM

16

[RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO NA TABELA DO MÓDULO “N” (ANOREXIA NERVOSA)]

O8 **O5 É COTADA "SIM" E O7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?**

NÃO SIM

**BULIMIA NERVOSA
ATUAL**

CRONOLOGIA

O9 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou crises de comer descontroladamente ? anos

O10 Desde que esses problemas de começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou crises de comer descontroladamente ?

O11 No último ano, durante quantos meses apresentou crises de comer descontroladamente ?

O12 **SUBTIPOS DE BULIMIA NERVOSA**

Após comer descontroladamente, regularmente faz coisas como provocar vômitos, ou tomar laxantes, diuréticos ou fazer lavagem intestinal (enemas) para perder peso?

[NO TIPO NÃO-PURGATIVO O(A) ENTREVISTADO(A) UTILIZA-SE DE OUTROS COMPORTAMENTOS COMPENSATÓRIOS NÃO PURGATIVOS COMO O JEJUM OU EXERCÍCIOS EXAUSTIVOS].

20
NÃO SIM
Tipo Tipo
sem purgação purgativo
BULIMIA NERVOSA

SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVOSA

Tipo Compulsão Periódica / Purgativo

O7 E o12 SÃO COTADAS SIM?

NÃO SIM 21
ANOREXIA NERVOSA
Tipo Compulsão Periódica / Purgativo
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) ?

22

NÃO	SIM
ANOREXIA NERVOSA <i>Tipo Restritivo</i> ATUAL	

P. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

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

-
- P1 a Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a)
NÃO
SIM
1
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 ?
- b Teve essas preocupações quase todos os dias ?
NÃO
SIM
2
- A ANSIEDADE DO(A) ENTREVISTADO(A) É RESTRITA OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO
-
- TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ?
NÃO
SIM
3

-
- P2 Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a)
NÃO
SIM
4
impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?

P3 DE **P3 a** A **P3f** COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO CONTEXTO DOS TRANSTORNOS JÁ EXPLORADOS ANTERIORMENTE:

Nos últimos 6 meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:

- a Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?
NÃO
SIM
5
- b Tinha os músculos tensos?
NÃO
SIM
6
- c Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?
NÃO
SIM
7
- d Tinha dificuldade para se concentrar ou tinha esquecimentos / “branco na mente” ?
NÃO

SIM
8

e Sentia-se particularmente irritável ?

NÃO
SIM
9

f Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou

NÃO
SIM
10

muito cedo, dormir demais)?

P3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM P3 ?

NÃO
SIM

P4 Esses problemas de ansiedade lhe causaram sofrimento importante ou perturbaram de

forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?

NÃO SIM 11

P5 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? Não

Sim

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

Sim

NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE

A CAUSA DIRETA DA ANSIEDADE GENERALIZADA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).

P5 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO
SIM
12

P5 (SUMÁRIO) É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL	

P6 **P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 b É COTADA SIM ?**

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL <i>devido a condição médica geral</i>	

P7 **P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 a É COTADA SIM ?**

NO	YES
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL <i>induzido por substância</i>	

CRONOLOGIA

P8 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou essas preocupações excessivas/ esses problemas de ansiedade ?

idade

P9 No último ano, durante quantos meses apresentou essas preocupações excessivas / esses problemas de ansiedade, de forma persistente ?

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 Frequentemente faltou à escola ou passou a noite fora de casa ?

NÃO

SIM

1

b Frequentemente 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 Frequentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como

NÃO

SIM

7

não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou

não querer trabalhar para se sustentar?

b Fez coisas ilegais (mesmo que não tenha sido preso), como destruir a propriedade

NÃO

SIM

8

dos outros, roubar, vender droga ou cometer um crime?

c Frequentemente foi violento fisicamente, inclusive com seu(sua) companheiro (a)

NÃO

SIM

9

ou seus filhos ?

d Frequentemente mentiu, passou a perna ou enganou os outros para obter dinheiro

NÃO

SIM

10

ou prazer ou mentiu apenas para se divertir ?

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,

NÃO

SIM

12

ou destruído a propriedade alheia ?

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

NÃO

SIM

1

diagnóstico preciso não foi achado ?

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?

Não Sim

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

NÃO

SIM

34

do que se podia esperar considerando a gravidade da doença ?

R7 (SUMÁRIO) OU R8 É COTADA SIM?

NÃO

SIM

R9 Os problemas /sintomas descritos eram produzidos ou simulados de propósito
SIM 35
(COMO NO TRANSTORNO FACTÍCIO) ?

NÃO

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
NÃO

SIM

1

SOMÁTICOS DESCRITOS PELO(A) ENTREVISTADO(A).

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?

O

NÃ
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,

NÃO

SIM

2

com razão, que sua preocupação era exagerada ?

T3 Essa preocupação lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma

NÃO

SIM

3

significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?

T4 T3 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL	

U. TRANSTORNO DOLOROSO

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

NÃO

SIM

3

significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais ?

U4 Fatores psicológicos ou estressantes tiveram um papel importante no aparecimento da dor

NÃO

SIM

4

ou eles mantêm ou agravam a dor ?

U5 A dor está sendo produzida ou simulada de propósito ?

NÃO

SIM 5

(COMO NO TRANSTORNO FACTÍCIO OU NA SIMULAÇÃO ?)

U6 Algum problema médico / alguma doença física teve influência importante no aparecimento

NÃO

SIM

6

da dor ou ele/a mantém ou agrava a dor ?

U7 A dor está presente há mais de 6 meses ?

NÃO

SIM

7

gudo

rônico

U8 **U6 É COTADA NÃO ?**

SE **U8** É COTADA SIM

E **U7** É COTADA **NÃO** = AGUDO

E **U7** É COTADA **SIM** = CRÔNICO

U9 **U6 É COTADA SIM ?**

SE **U8** OU **U9** SÃO COTADAS SIM

E **U7** É COTADA **NÃO** = AGUDO

E **U7** É COTADA **SIM** = CRÔNICO

↓ ↓

A

C

NÃO	SIM
TRANSTORNO DOLOROSO	
associado a fatores psicológicos	
ATUAL	
<input type="checkbox"/> agudo	<input type="checkbox"/> crônico

NÃO	SIM
TRANSTORNO DOLOROSO	
associado a fatores psicológicos	
e a uma condição médica gerada	
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 Destruíu coisas dos outros de propósito?

NÃO

SIM

9

j arrombou casa ou carro de outros ?

NÃO

SIM

10

k mentiu frequentemente para obter coisas ou enganar os outros ?

NÃO

SIM

11

l roubou objetos ?

NÃO

SIM

12

m ficou na rua, à noite, apesar da proibição de seus pais, e começou a fazer isto antes dos 13 anos ?

NÃO

SIM

13

n fugiu de casa, à noite, pelo menos duas vezes ?

NÃO

SIM

14

o frequentemente faltou à escola , e começou a fazer isto antes dos 13 anos ?

NÃO

SIM

15

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS SIM EM V1 ?

NÃO

SIM

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
que for apropriado**

Assinalar tudo

- 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

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

NÃO

SIM

4

(mesmo quando tinha compreendido as instruções e não tinha motivos para não segui-las) ?

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

NÃO

SIM 19 começaram antes dos 7 anos de idade ?

W4 Esses comportamentos causaram problemas em duas ou mais das seguintes situações:

NÃO

SIM

20
na escola, no trabalho, em casa, ou com seus amigos ou familiares ?

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

NÃO

SIM

31

começaram antes dos 7 anos de idade ?

Enquanto adulto:

W7 a Ainda é muito distraído (a) ?

NÃO

SIM

32

b É intrometido(a), ou diz coisas para amigos, ou no trabalho ou em casa, das quais se arrepende depois?

NÃO

SIM

33

c É impulsivo(a), ainda que tendo melhor controle do que quando era criança ?

NÃO

SIM

34

d Ainda é muito inquieto(a), agitado(a), impaciente, está sempre “a mil por hora”,

NÃO

SIM

35

ainda que tendo melhor controle do que quando era criança ?

e Ainda é irritável e fica muito enraivecido(a) sem necessidade ?

NÃO

SIM

36

f Ainda é impulsivo(a), por exemplo, tende a gastar mais dinheiro do que realmente deveria ?

NÃO

SIM

37

g Tem dificuldades de organizar seu trabalho?

NÃO

SIM

38

h Tem dificuldades de se organizar mesmo fora do seu trabalho?

NÃO

SIM

39

- i É subempregado(a) ou trabalha aquém de suas possibilidades ?

NÃO

SIM

40

- j Não tem o êxito/ o sucesso que corresponde às expectativas que as pessoas têm em relação às suas habilidades / capacidades ?

NÃO

SIM

41

- k Mudou de emprego ou foi demitido(a) mais frequentemente que outras pessoas ?

NÃO

SIM

42

- l Sua (seu) companheira (o) queixa-se de sua falta de atenção em relação a ela(e) e/ou a família ?

NÃO

SIM

43

- m Se divorciou duas ou mais vezes, ou trocou de parceiro(a)s mais frequentemente que outras pessoas ?

NÃO

SIM

44

- n Sente-se às vezes como se estivesse numa neblina, ou como uma TV com chuvisco 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:

NÃO

SIM

46

na escola, no trabalho, em casa, ou com seus amigos ou familiares ?

W8 É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE DÉFICIT D 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

NÃO

SIM

1

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)].

X2 Esses problemas emocionais ou de comportamento começaram durante os 3 meses que

NÃO

SIM

2

se seguiram ao fato ou à situação de vida estressante de que falou ?

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

NÃO

SIM

6

que esse fato / situação de vida estressante terminou ? (SE O FATO / SITUAÇÃO ESTRESSANTE AINDA ESTÁ PRESENTE COTAR **NÃO**).

OS SEGUINTE SINTOMAS EMOCIONAIS / DE COMPORTAMENTO ESTÃO PRESENTES ?

APROPRIADO QUALIFICADORES:

ASSIN
ALAR
TUDO
QUE
FOR

- A Depressão, crises de choro, desesperança.
- B Ansiedade, nervosismo, agitação, preocupações.
- C Comportamentos desviantes (brigas, dirigir perigosamente, vandalismo, faltar às aulas, desrespeitar os direitos dos outros, fazer coisas ilegais)
- D Problemas no trabalho, na escola, queixas físicas, retraimento social.

SE ASSINALADOS:

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

SE X5 = NÃO, COTAR **SIM** E ESPECIFICAR OS QUALIFICADORES

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO	
<i>com</i> _____	
<i>(qualificadores)</i>	

Y. TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL

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

Y1 No último ano, em quase todos os meses sua menstruação foi precedida por um período de NÃO SIM 1 mais ou menos uma semana em que o seu estado de humor mudou de forma significativa ?

Y2 Durante esses períodos de \pm 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 \pm 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,

NÃO

SIM

8

encontrar os amigos ?

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"

NÃO

SIM

11

de comer certos alimentos ?

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

NÃO

SIM

14

ou nas artícu

HÁ PELO MENOS 5 RESPOSTAS "SIM" EM Y3 ?

SE SIM, O DIAGNÓSTICO DEVE SER CONFIRMADO POR UMA AVALIAÇÃO PROSPECTIVA (COTAÇÕES COTIDIANAS DURANTE PELO MENOS 2 CICLOS CONSECUTIVOS).

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL PROVÁVEL ATUAL	

Z. TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO

NÃO UTILIZAR ESSE MÓDULO ISOLADAMENTE SEM ANTES COMPLETAR TODOS OS MÓDULOS REFERENTES AOS TRANSTORNOS ANSIOSOS E DO HUMOR.

[PULAR ESSE MÓDULO SE OS CRITÉRIOS PARA QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ FORAM PREENCHIDOS E ASSINALAR NÃO NO QUADRO DIAGNÓSTICO].

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

Z1 Alguma vez sentiu-se constantemente triste, desanimado(a), deprimido(a), durante pelo menos **1 mês** ?

NÃO

SIM

1

Z2 Quando sentiu-se constantemente deprimido(a), teve algum dos problemas seguintes, durante pelo menos **1 mês**:

a. Teve dificuldade de se concentrar ou “brancos na mente” ?

NÃO

SIM

2

b. Teve problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?

NÃO

SIM

3

c. Sentiu-se cansado (a), sem energia ?

NÃO

SIM

4

d. Sentiu-se particularmente irritável ?

NÃO

SIM

5

e. Ficou excessivamente preocupado(a) por pelo menos um mês?

NÃO

SIM

6

f. Chorava facilmente ?

NÃO

SIM

7

g. Ficou constantemente alerta com relação a possíveis perigos?

NÃO

SIM

8

h. Temia sempre o pior ?

NÃO

SIM

9

i. Sentiu-se sem esperança ?

NÃO

SIM

10

j. Perdeu a auto-confiança ou sentiu-se inútil ?

NÃO

SIM

11

Z2 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM Z2 ?

NÃO

SIM

Z3 Esses problemas lhe causaram sofrimento importante ou perturbaram de forma

significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?

NÃO

SIM

12

Z4 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? Não

Sim

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

Sim

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

UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

SIM

NÃO

O

INCERT
13

Z5 a. O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA: Depressão Maior **VIDA INTEIRA**

NÃO

SIM

14

NÃO

SIM

15

Distímia **VIDA INTEIRA**

NÃO

SIM

16

Transtorno de Pânico **VIDA INTEIRA**

NÃO

SIM

17

Transtorno de Ansiedade Generalizada **VIDA INTEIRA**

b. **ATUALMENTE** O(A) ENTREVISTADO(A) PREENCHE OS CRITÉRIOS PARA: qualquer outro Transtorno Ansioso

NÃO

SIM

18

NÃO

qualquer outro Transtorno do Humor

SIM

19

c. A SINTOMATOLOGIA PRESENTE É MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO ? NÃO

SIM

20

Z6 Z5c É COTADA NÃO?

NÃO

SIM

TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO ATUAL

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

Transtorno Depressivo Maior Social)

Episódio Único/F32.x

296.20/F32.9 inespecificado
296.21/F32.0 leve
296.22/F32.1 moderado

compulsivo

296.23/F32.2 severo sem aspectos psicóticos
296.24/F32.3 severo com aspectos psicóticos

Generalizada

296.25/F32.4 em remissão parcial
296.26/F32.4 em remissão completa

Substâncias

Episódio Recorrente/F33.x

Dependência do Álcool
296.30/F33.9 inespecificado

Álcool

296.31/F33.0 leve

Cannabis

296.32/F33.1 moderado

alucinógenos

296.33/F33.2 severo sem aspectos psicóticos

Sedativos, Hipnóticos

aspectos psicóticos

296.35/F33.4 em remissão parcial

opióides

296.36/F33.4 em remissão completa

cocaína

Transtorno Distímico

anfetaminas

300.4/F34.1

por cafeína

Mania

inalantes

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

outras substâncias

296.00 inespecificado
296.01/F30.1 leve

Fenciclidina

296.02/F30.1 moderado
296.03/F30.1 severo sem aspectos psicóticos

Esquizofrenia, Tipo Disorganizado

Fobia Social (Tr. de Ansiedade

300.23/F40.1

Fobia Específica

300.29/F40.2

Transtorno Obsessivo-

300.30/F42.8

Transtorno de Ansiedade

300.02/F41.1

Abuso / Dependência de

303.90/F10.2x

305.00/F10.1 Abuso do

305.20/F12.1 Abuso de

305.30/F16.1 Abuso de

305.40/F13.1 Abuso de

296.34/F33.3 severo com

ou Ansiolíticos

305.50/F11.1 Abuso de

305.60/F14.1 Abuso de

305.70/F15.1 Abuso de

305.90/F15.00 Intoxicação

305.90/F18.1 Abuso de

305.90/ Abuso de

F19.00-F19.1 Abuso

305.90/F19.1 Abuso de

Transtornos Psicóticos

295.10/F20.1x

296.04/F30.2	severo com aspectos psicóticos	295.20/F20.2x	
Esquizofrenia, Tipo Catatônico			
296.05/F30.8	em remissão parcial	295.30/F20.0x	
Esquizofrenia, Tipo Paranoide			
296.06/F30.8	em remissão completa	295.40/F20.8	Transtorno
Esquizofreniforme			
Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Maníaco /F31.x		295.60/F20.5x	
Esquizofrenia, Tipo Residual			
296.40/F31.0	Hipomaniaco	295.70/F25.x	Transtorno
Esquizoafetivo			
296.40	inespecificado	295.90/F20.3x	
Esquizofrenia, Tipo Indiferenciado			
296.41/F31.1	leve	297.10/F22.0	Transtorno
Delirante			
296.42/F31.1	moderado	297.30/F24	Transtorno
Psicótico Compartilhado			
296.43/F31.1	severo sem aspectos psicóticos		
296.44/F31.2	severo com aspectos psicóticos	293.81/F06.2	Transtorno
Psicótico devido a.....			
296.45/F31.7	em remissão parcial		(indicar a
condição médica geral)			
296.46/F31.7	em remissão completa		com
Delírios			
Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Depressivo /F31.x		293.82/F06.0	Transtorno
Psicótico devido a.....			
296.50	inespecificado		(indicar a
condição médica geral)			
296.51/F31.3	leve		com
Alucinações			
296.52/F31.3	moderado	293.89/F06.4	Transtorno
Ansioso devido a.....			
296.53/F31.4	severo sem aspectos psicóticos		(indicar a
condição médica geral)			
296.54/F31.5	severo com aspectos psicóticos	293.89/F06.x	Transtorno
Catatônico devido a.....			
296.55/F31.7	em remissão parcial		(indicar a
condição médica geral)			
296.56/F31.7	em remissão completa		
Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Misto /F31.x		298.80/F23.xx	Transtorno
Psicótico Breve			
296.60	inespecificado	298.90/F29	Transtorno
Psicótico SOE			
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		
Traumático			
296.70/F31.9	Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Inespecificado	309.81/F43.1	
296.80/F31.9	Tr. Bipolar I, SOE		
296.89/F31.8	Tr. Bipolar II		
Anti-social			
Transtorno do Pânico/F40.01		301.70/F60.2	
300.01/F41.0	Sem Agorafobia		
300.21/F40.01	Com Agorafobia	300.81/F45.0	Transtorno
de Somatização			
Agoraphobia			
Hipocondria			
300.22/F40.00	Sem história de Transtorno de Pânico	300.70/F45.2	Transtorno
Dismórfico Corporal			
		Anorexia Nervosa	
		307.10/F50.0	
		Bulimia Nervosa	
		307.51/F50.2	
		Transtorno de Estresse Pós-	
		Risco de Suicídio	
		Nenhum código alocado	
		Transtorno da Personalidade	
		Transtornos Somatoformes	

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

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

Sim Não

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:

Diagnóstico X	está presente, mantê-lo	Diagnósticos Y, Z, etc.
A Episódio Depressivo Maior Esquizoafetivo, Tr. Esquizofrenia (EDM)	a menos que o transtorno seja exclusivamente restrito a , ou melhor explicado pelo(s) diagnóstico(s) Y, Z,etc	Episódios Hipomaniaco, maníaco e misto, Tr. niforme, 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 Traumático	" "	Fobia Social e Específica, TOC ou Tr. de Estresse Pós-Traumático
F Agoraphobia Traumático	" "	Fobia Social e Específica, TOC ou Tr. de Estresse Pós-Traumático
G Fobia Social	" "	Tr. Pânico ou Agorafobia
H Fobia Específica Pós-Traumático	" "	Tr. Pânico ou Agorafobia, ou TOC ou Tr. de Estresse
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 Social e Específica,	"	"	EDM, Distímia, Mania, Tr. Psicótico, Tr. Pânico, Fobia 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. da ansiedade de Social e Específica,	"	"	Tr. Ansiedade Generalizada, TOC, Tr. Pânico, EDM, Mania, Separação, Outro Tr. Somatoforme, Anorexia Nervosa, Fobia
T Transtorno Dismórfico Corporal Corporal, Psicose	"	"	Tr. de Estresse Pós-Traumático, Tr. Delirante, Tr. Dismórfico
U Transtorno Doloroso TOC, Tr. de Estresse Psicótico, Dispareunia	"	"	EDM, Mania, Tr. Pânico, Tr. Ansiedade Generalizada, Pós-Traumático, Fobia Social e Específica, Tr.
V Transtorno da Conduta com TDAH	"	"	Pode coexistir com qualquer Transtorno do eixo I e
W Tr. de Déficit de Atenção/ Conduta Hiperatividade (TDAH)	"	"	Tr. Psicótico, Mania, EDM, Tr. Ansioso, Tr. da
X Transtorno de Ajustamento	"	"	Qualquer transtorno do eixo I
Y Tr. Disfórico Pré-menstrual Transtorno de Personalidade	"	"	Transtorno de Pânico, EDM, Distímia ou um
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
Alemão
Árabe
Basco
Bengali
Búlgaro
Catalão
Checo

M.I.N.I. 4.4 or earlier versions

R. Emsley
I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer

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

Chinês		L. Carroll, K-d Juang
Coreano		Em preparação
Croata		Em preparação
Dinamarquês	P. Bech	P. Bech, T. Schütze
Esloveno	M.Kocmur	M. Kocmur
Espanhol		L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J.
Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier		L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto,
J. Bobes-Garcia,		O. Soto, L. Franco,
G, Heinze		
Estonian	J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl	
Farsi/Persa	K. Khooshabi, A. Zomorodi	
Finlandês	M.Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francês	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T.
Hergueta		
Grego	S. Beratis	T. Calligas, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson	R. Barda, I. Levinson
Hindi		C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir
Holandês/Flamenco	I.Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen	E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K.
Demyttenaere		
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs	I. Bitter, J. Balaz
Inglês	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan,	D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K.
Harnett-Sheehan,		
	E. Knapp, M. Sheehan	M. Sheehan
Islandês		J.G. Stefansson
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano,	L. Conti, A. Rossi, P. Donda
	Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller	
Japonês		T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K.
Kamijima,		
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads	J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff	V. Janavs, J. Janavs
Leganger		K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S.
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim	P. Amorim, T. Guterres, P. Levy
Português - Brasil	P. Amorim	P. Amorim
Punjabi		A. Gahunia, S. Gambhir
Romeno		O. Driga
Russo		A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky
Sérvio	I. Timotijevic	I. Timotijevic
Setswana		K. Ketlogetswe
Sueco	M. Waern,, S. Andersch, M. Humble	C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M.
Humble, H.Agren		
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Örnek, A. Keskiner
Urdu		A. Taj, S. Gambhir

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

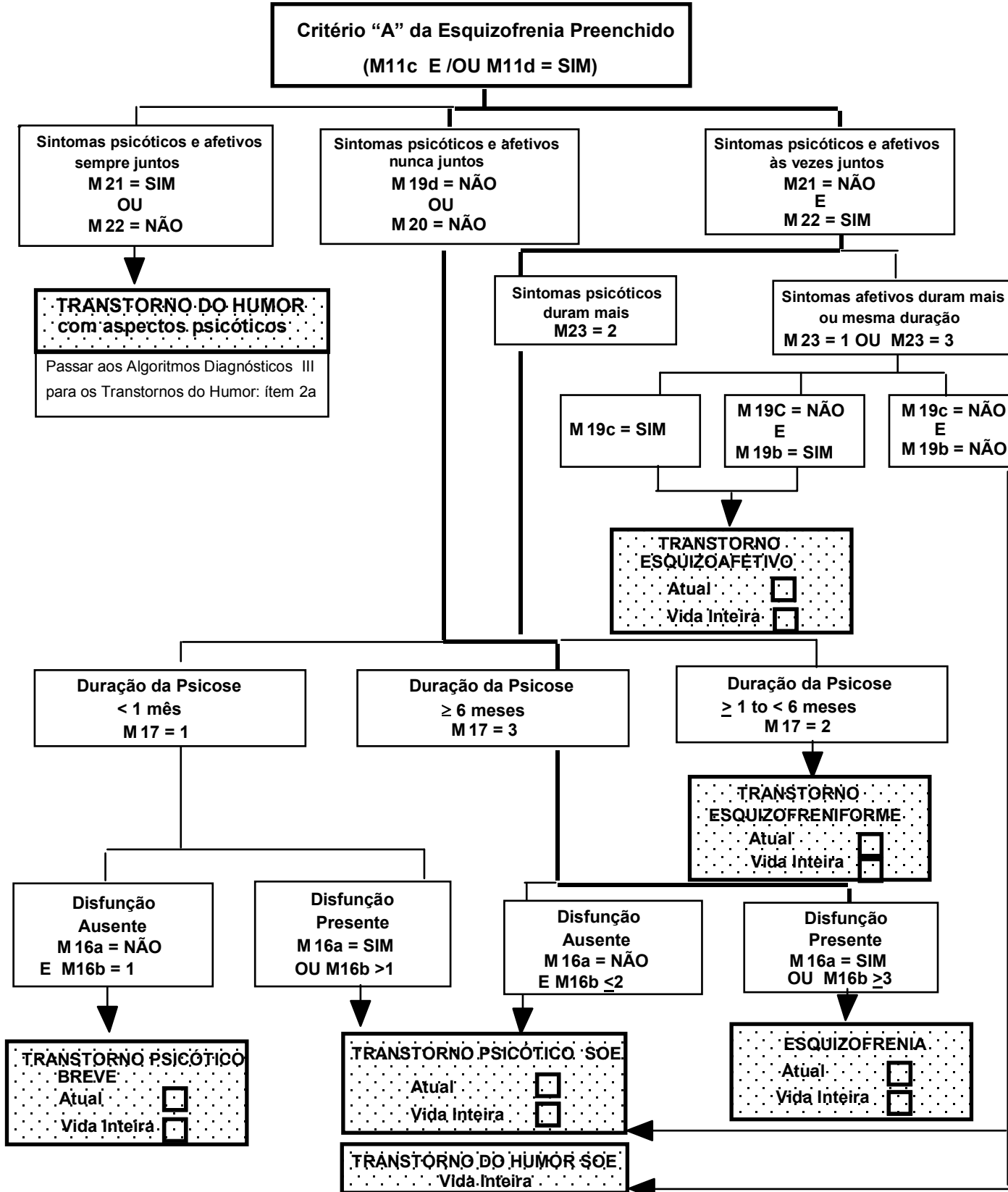
Os autores agradecem a : Dr. Pauline Powers por suas contribuições nos módulos Anorexia e Bulimia Nervosa
 Dr. Humberto Nagera por suas contribuições nos módulos TDAH (para crianças e adultos)
 Drs. Jonathan Cohen e Donald Klein por suas sugestões no módulo Transtorno do Pânico do MINI

Plus

Prof. Istvan Bitter e Dr. Judit Balazs por suas contribuições no módulo Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão

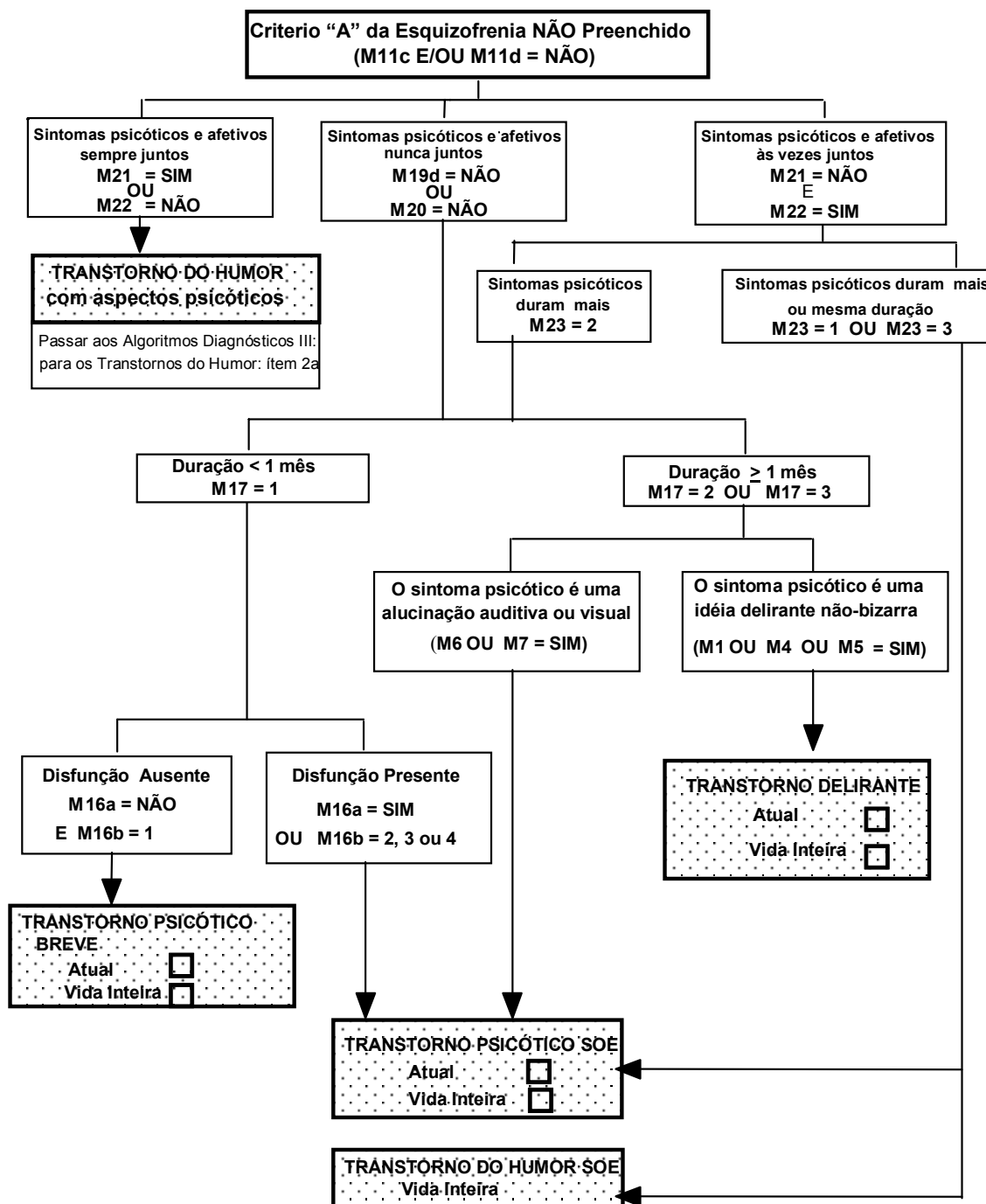
TRANSTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I

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



TRANSTORNOS PSICÓTICOS : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS II

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



TRANSTORNOS DO HUMOR : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

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

MÓDULO M: Diagnóstico diferencial entre Transtornos Psicóticos e do Humor

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

MÓDULOS A e D:

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

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

Especificar:

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

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

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

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

- d D7 = SIM (Episódio Maníaco presente)?

Especificar:

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

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

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

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

- e A8 = SIM (Episódio Depressivo Maior presente)

E

D6 = SIM (Episódio Hipoaníaco presente)?

E

D7 = NÃO (Episódio Maníaco ausente)?

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

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

ANEXO

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

Ficha de conclusão diagnóstica

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

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

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

TRANSTORNOS PSICÓTICOS (código)	Vida Inteira	Atual	Atual corrigido
• <i>Esquizofrenia (295.1-295.6)</i>	<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)			
• <i>Transtorno Depressivo Maior (296.20-36)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> com aspectos psicóticos (296.24; 296.34)			
<input type="checkbox"/> sem aspectos psicóticos			
• <i>Transtorno Bipolar tipo I (296.0x; 296.4x-5x-6x-7)</i>	<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)
 - Episódio Depressivo Maior
 - Episódio Hipomaniaco
 - Episódio Maníaco
-

2. DIAGNÓSTICO CORRIGIDO DE TRANSTORNO PSICÓTICO ATUAL

O MINI Plus gerou um diagnóstico Vida Inteira de Esquizofrenia ou de Transtorno Esquizofreniforme ou de Transtorno 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...)

Suicide Intention Scale (versão em português)

I.Circunstâncias Objetivas Relacionadas à Tentativa de suicídio.

1) Isolamento

0. Alguém presente

1. Alguém por perto, ou em contato visual ou vocal

2. Ninguém por perto ou em contato visual ou vocal

2) Cronometragem

0. Intervenção é provável

1. Intervenção não é provável

2. Intervenção é altamente improvável

3) Precauções contra Descoberta/Intervenção

0. Sem precauções

1. Precauções passivas (e.g., sozinho no quarto, porta destrancada)

2. Precauções ativas (porta trancada)

4) Agindo para Obter Ajuda Durante/Após Tentativa

0. Auxílio potencial notificado em relação à tentativa

1. Auxílio potencial em relação à tentativa contactado, mas não especificamente notificado

2. Auxílio potencial não contactado ou notificado

5) Atos finais em Antecipação da Morte (testamentos, doações, seguro)

0. Nenhum

1. Pensar sobre ou realizar alguns arranjos

2. Fazer planos definidos ou completar os arranjos

6) Preparação Ativa para a Tentativa

0. Nenhuma

1. Mínima a moderada

2. Extensiva

7) Bilhete suicida

0. Ausência de bilhete

1. Bilhete escrito mas rasgado; apenas imaginado

2. Presença de bilhete

8) Comunicação Premeditada de Intenção Antes da tentativa

0. Nenhuma

1. Comunicação equivocada

2. Comunicação inequívoca

II. Auto-relato

9) Propósito Alegado da Tentativa

- 0. Manipular pessoas próximas , obter atenção, desforra
- 1. Componentes de 0 e 2
- 2. Escapar, cessar, resolver problemas

10) Expectativas de Fatalidade

- 0. Pensamento de que a morte é improvável
- 1. Pensamento de que a morte era possível mas não provável
- 2. Pensamento de que a morte era provável ou certa

11) Concepção da Letalidade do Método

- 0. Fez menos para si do que achava que seria letal
- 1. Não tinha certeza de que o que fez seria letal
- 2. Igual ou superior ao que achava que seria letal

12) Seriedade da Tentativa

- 0. Tentativa não muito séria de pôr fim à vida
- 1. Incerteza acerca de pôr fim à vida seriamente
- 2. Tentativa séria de pôr fim à vida

13) Atitude em Relação a Viver/Morrer

- 0. Não quis morrer
- 1. Componentes de 0 e 2
- 2. Quis morrer

14) Concepção de Socorro Médico

- 0. Pensamento de que a morte seria improvável se recebesse atenção médica
- 1. Incerteza se a morte poderia ser evitada por atenção médica
- 2. Estava certo da morte mesmo se recebesse cuidados médicos

15) Grau de Premeditação

- 0. Nenhum; impulsivo
- 1. Suicídio considerado por três horas ou menos antes da tentativa
- 2. Suicídio considerado por mais de três horas antes da tentativa

III. Outros Aspectos (não incluídos no escore total)

16) Reação à Tentativa

0. Lamenta ter feito a tentativa; sente-se tolo, envergonhado

1. Aceita tanto a tentativa quanto seu fracasso
2. Lamenta o fracasso da tentativa

17) Visualização da Morte

0. Vida após morte, reunião com falecidos

1. Sono sem fim, trevas, fim das coisas
2. Sem concepções de/ou pensamentos sobre morte

18) Número de Tentativas Prévias

0. Nenhuma

1. Uma ou duas
2. Três ou mais

19) Relação Entre Consumo de Álcool e Tentativa

0. Algum consumo de álcool antes, mas sem estar relacionado, reportadamente não suficiente para prejudicar discernimento, teste de realidade

1. Consumo de álcool o suficiente para prejudicar discernimento, teste de realidade e responsabilidade reduzida
2. Consumo intencional de álcool a fim de facilitar execução da tentativa

20) Relação entre Consumo de Drogas e Tentativa (narcóticos, alucinógenos, etc., quando a droga não é o método usado para o suicídio)

0. Algum consumo de droga antes, mas sem relação com a tentativa, reportadamente não o suficiente para prejudicar discernimento, teste de realidade

1. Consumo de droga suficiente para prejudicar discernimento, teste de realidade e responsabilidade reduzida
2. Consumo intencional de droga a fim de facilitar execução da tentativa

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)