

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

JACIANA MARLOVA GONÇALVES ARAUJO

**INTERFACES ENTRE OS TRAÇOS DE PERSONALIDADE E O
DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO: DIFERENCIAL ENTRE QUADROS
CLÍNICOS E PRESENÇA DE COMORBIDADE DURANTE EPISÓDIO
DEPRESSIVO**

Pelotas

2015

JACIANA MARLOVA GONÇALVES ARAUJO

**INTERFACES ENTRE OS TRAÇOS DE PERSONALIDADE E O
DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO: DIFERENCIAL ENTRE QUADROS
CLÍNICOS E PRESENÇA DE COMORBIDADE DURANTE EPISÓDIO
DEPRESSIVO**

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

Orientador: Luciano Dias de Mattos Souza

Coorientador: Ricardo Azevedo da Silva

Pelotas

2015

JACIANA MARLOVA GONÇALVES ARAUJO

**INTERFACES ENTRE OS TRAÇOS DE PERSONALIDADE E O
DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO: DIFERENCIAL ENTRE QUADROS
CLÍNICOS E PRESENÇA DE COMORBIDADE DURANTE EPISÓDIO
DEPRESSIVO**

Universidade Católica de Pelotas

Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento – Doutorado.

Conceito final: _____

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. João Carlos Alchieri – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Hudson Cristiano Wander de Carvalho – Universidade Federal de Pelotas

Prof^ª. Dr^ª. Vera Lucia Marques de Figueiredo – Universidade Católica de Pelotas

Prof. Dr. Fábio Monteiro da Cunha Coelho – Universidade Católica de Pelotas

Orientador – Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

*Dedico essa tese a cada pessoa que,
confiou em nosso trabalho e compartilhou
conosco um pouco da sua vida, fazendo
com que esse estudo fosse possível.*

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador Luciano Dias de Mattos Souza pelo trabalho impecável desde o momento em que tivemos o primeiro contato para a realização dessa pesquisa. Lu, muito obrigada por todo o aprendizado, pela orientação efetiva, pela disponibilidade, encorajamento, confiança, pela clareza na condução de todos os processos e pela leveza que tu conferes ao dia-a-dia, mesmo nos momentos que deveriam ser tensos. Te agradeço pelos tantos chás, o café colombiano, as risadas e as discussões políticas (sim, até por elas!).

À Fundação de Amparo à Pesquisa do estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), pelo apoio financeiro por meio da bolsa de doutorado, que tornou possível esse trabalho.

Aos professores, Dr. João Alchieri, Dr. Hudson de Carvalho, Dr^a. Vera Figueiredo e Dr. Fábio Coelho, por aceitarem a tarefa de avaliar esse trabalho. E especialmente ao professor João Alchieri pelo auxílio com o instrumento MCMI-III ao longo da pesquisa.

À todos os professores do PPG em Saúde e Comportamento, em especial ao Luciano, o Ricardo Silva e a Karen Jansen por permitirem que boa parte do tempo, na coleta de dados dessa pesquisa tão ampla, fosse ocupada com instrumentos de personalidade. Obrigada por acreditarem na minha ideia e por confiarem que esses dados seriam proveitosos. A Bibi, Manu, Luciana, Janaína e Ricardo Silva pela disponibilidade de sempre e pelo carinho, bem como ao Jean e ao Ricardo Pinheiro. Faço um agradecimento especial à professora Vera Figueiredo, minha orientadora de mestrado, e grande amiga. Pelo exemplo profissional; por ter aberto tantas portas; pela disponibilidade em ajudar; pelo incentivo desde a graduação, em continuar na área

acadêmica e pelo suporte tanto no meu ingresso no doutorado como ao longo de todos esses anos.

À Mari Lopez, por ser a personificação da alegria na sala 413 e principalmente pela segurança transmitida enquanto coordenadora da coleta de dados dessa pesquisa. Obrigada pela paciência com os encaminhamentos; por resolver todos os entraves que surgiram nesse caminho; por melhorar nossa qualidade de vida; pela preocupação constante para que tudo saísse da melhor forma possível e pela amizade, carinho e companheirismo para além da pesquisa.

A todos os alunos de graduação e pós-graduação envolvidos nesse estudo. Ao Cláudio pela possibilidade de coletar os dados com maior agilidade e menos papel. Aos colegas psicólogos e psiquiatras, que tanto ajudaram ao longo da pesquisa na discussão dos casos. Ao Rogério pelo auxílio nas primeiras avaliações de casos graves. A Taiane Cardoso que coordenou o primeiro ano da pesquisa. Aos bolsistas que trabalharam nas coletas de material biológico, às responsáveis por marcar as avaliações e aos que auxiliaram diretamente na aplicação dos instrumentos, muito obrigada pelo comprometimento. Em especial ao Miguel, meu amigo e coautor dos artigos dessa tese e à Lili pela ajuda com a discussão dos artigos e pelo companheirismo que construímos em tão pouco tempo. A Flávia e a Ariadne, secretárias do PPG, por serem tão solícitas, conferirem harmonia ao nosso cotidiano e pelos cafés da tarde. Enfim, a toda a equipe do Ambulatório, muito obrigada!

À Giovanna e à Luana, por dividirem comigo todas as alegrias, angústias e aprendizagens do doutorado. À Lu, pelas aventuras, as festas e os conselhos. À Josi e à Michi por serem, cada uma a seu modo e a seu tempo, “da Católica pra toda a vida”. Ao Murilo pelas tantas coisas que fizemos juntos, pelas discussões teóricas e por estar sempre por perto nesses anos. Ao Tharso por, mesmo longe, estar sempre perto também.

À Day, à Isis e à Simone por tornarem mais leves os tempos mais difíceis e partilharem comigo os bolos, as alegrias e as visões de mundo. À Louise pelo exemplo de como, de forma apaixonada e descontraída, tornar o aluno o verdadeiro protagonista do processo de ensino-aprendizagem; por me instigar a pensar diferente; pelos conselhos, e, ao nosso “grupinho”, pelos tantos momentos divertidos e importantes que vivemos nesse último ano que, de alguma forma, estão refletidos nesse trabalho.

Agradeço à minha família por todo o suporte ao longo desses anos. Aos meus avós pelos exemplos de amor à vida que me inspiram sempre. Aos meus tios, tias, primas, primos e afilhados pela amizade sincera e pela torcida. À minha mãe, Ana, por me falar de fé e gratidão sempre que foi necessário. Ao meu pai, Cezar, por me ensinar a gostar de horizontes amplos e seguir com honestidade e respeito em busca do que eu acredito. À Bia pelo exemplo de Conscienciosidade e pelo cuidado comigo. À Helena por ser o melhor laboratório de observação do desenvolvimento que eu poderia ter tido, e aos quatro pelas tantas alegrias de todos os dias. Obrigada por apoiarem e encorajarem as minhas decisões. Amo vocês!

A todos que fizeram parte desses anos da minha vida e de alguma forma ajudaram para que esse trabalho fosse possível, muito obrigada!

“A personalidade é a organização dinâmica dos sistemas psicofísicos que determinam, no interior do indivíduo, seus ajustamentos únicos ao meio”. (Allport, 1966).

“(...) não há ninguém que seja como outro alguém, nunca houve”.
(Oliver Sacks, 2015).

RESUMO

A personalidade é um dos construtos mais importantes da Psicologia e tem tido cada vez mais espaço entre as pesquisas da área. O crescente interesse a respeito das bases comportamentais que sustentam os quadros psicopatológicos em geral e o advento da visão espectral dos transtornos da personalidade têm conferido maior visibilidade e relevância aos estudos acerca dos traços de personalidade. Os objetivos desta pesquisa foram centrados na investigação dos traços da teoria *Big Five* em pacientes deprimidos, pretendendo apontar características diferenciais entre casos de Transtorno Depressivo Maior e Transtorno de Humor Bipolar (no primeiro trabalho) e entre casos com e sem comorbidade entre Transtorno Depressivo Maior e Transtorno da Personalidade *Borderline* (no segundo trabalho). Os tamanhos amostrais diferiram em função dos objetivos dos estudos. No primeiro trabalho, contou-se com a participação de 245 pacientes em episódio depressivo atual, e no segundo, com 149 pacientes na mesma condição. No primeiro estudo foram coletadas informações, sobre as condições sociodemográficas; sobre os traços de personalidade (NEO-FFI) e sobre transtornos de humor e ansiedade (MINI-Plus). O grupo com Transtorno Depressivo Maior (n= 183) e o grupo com Transtorno de Humor Bipolar (n= 62) foram comparados em função dessas características por meio de análises bivariadas e multivariadas. No segundo estudo foram acrescentadas as informações sobre Transtornos da Personalidade (MCMI-III), sendo que as comparações foram feitas como descritas anteriormente, porém, entre os grupos com (n= 40) e sem (n= 109) a comorbidade com Transtorno da Personalidade *Borderline*. Os resultados do primeiro estudo apontaram um padrão semelhante na distribuição dos traços de personalidade entre os indivíduos com Transtorno Depressivo Maior e Transtorno de Humor Bipolar durante episódio depressivo; contudo, foi

encontrada diferença significativa em relação ao fator Amabilidade ($p= 0.005$, $RC= 0.94$, $IC\ 95%= 0.90$ a 0.98), com níveis mais altos entre os indivíduos com transtorno unipolar. No segundo estudo, a presença do Transtorno da Personalidade *Borderline* esteve associada a menores índices do fator Conscienciosidade ($p= 0.026$, $RC= 0.55$, $IC\ 95%= 0.33$ a 0.93); maior prevalência de risco de suicídio ($p= 0.017$, $RC= 2.15$, $IC\ 95%= 1.14$ a 4.05); comorbidade com os transtornos da personalidade do *Cluster A* ($p= 0.010$, $RC= 2.61$, $IC\ 95%= 1.25$ a 5.42) e do *Cluster C* ($p= 0.045$, $RC= 1.03$, $IC\ 95%= 1.00$ a 1.07). Os dados de ambos os estudos apontaram que a avaliação dos traços de personalidade pode ser útil, do ponto de vista clínico, tanto para diferenciar casos em que há dúvida diagnóstica, como identificar a presença de comorbidades que podem comprometer diagnóstico e tratamento, caso sejam negligenciadas.

Palavras-chave: Personalidade, *Big Five*, Transtorno Depressivo Maior.

ABSTRACT

Personality is one of the most important constructs in Psychology and has been receiving increasingly more space among research in this area. The increasing interest regarding the behavioral bases that sustain psychopathological conditions in general and the arrival of the spectral vision of personality disorders has awarded more visibility and relevance to studies with personality traits. Studying the personality traits patterns of the Big Five theory in depressed patients with the intent of finding differential characteristics in relation to Bipolar Affective Disorder and the existence or not of Borderline Personality Disorder comorbidity were the objectives of this study. The first study counted with the presence of 245 patients in current depressive episode, and the second one counted with 149 patients in the same condition. In the first study, sociodemographic, personality traits (NEO-FFI) and mood as well as anxiety disorders (MINI-Plus) data were collected. The groups with Major Depressive Disorder (n= 192) and Bipolar Affective Disorder (n= 62) were compared concerning these characteristics by means of bivariate and multivariate analyses. In the second study, information about Personality Disorders (MCMI-III) was added and comparisons were done as previously described, but between the groups with (n= 40) and without (n= 109) Borderline Personality Disorder comorbidity. The results of the first study pointed to a similar pattern in personality traits distribution between individuals with Major Depressive Disorder and Bipolar Affective Disorder during depressive episode. However, there was significant difference regarding the factor of Agreeableness ($p= 0.005$, OR= 0.94, IC 95%= 0.90 to 0.98), with higher levels among those with unipolar disorder. In the second study, presence of Borderline Personality Disorder was associated with lower indices of the Conscientiousness factor ($p= 0.026$, OR= 0.55, IC 95%= 0.33 to 0.93);

higher prevalence of suicide risk ($p= 0.017$, $OR= 2.15$, $IC\ 95\%= 1.14$ to 4.05); comorbidity with Cluster A personality disorders ($p= 0.010$, $RC= 2.61$, $IC\ 95\%= 1.25$ to 5.42) as well as with Cluster C ones ($p= 0.045$, $RC= 1.03$, $IC\ 95\%= 1.00$ to 1.07). Data from both studies point that assessing personality traits can be useful, both for differentiation in cases where there is doubt between bipolar and unipolar disorders, as well as for aiding in identifying the presence of Borderline Personality Disorder comorbidity during depressive episodes.

Keywords: Personality, Big Five, Major Depressive Disorder

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma da logística de coleta de dados	33
Figura 2 – Differences in personality traits between individuals with MDD and BD during a depressive episode, Brazil (2015)	58
Quadro 1 – Orçamento	36
Quadro 2 – Cronograma	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Socioeconomic and clinical variables: prevalence differences between individuals with MDD and BD during a depressive episode, Brazil (2015)	57
Tabela 2 – Variáveis clínicas e sociodemográficas: prevalências e diferenças entre indivíduos com e sem TPB durante episódio depressivo, Brasil (2015)	79
Tabela 3 – Traços <i>Big Five</i> : distribuições categóricas e diferenças entre indivíduos com e sem TPB durante episódio depressivo, Brasil (2015)	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

16PF	<i>Sixteen Personality Factor Test</i>
A	<i>Agreeableness</i>
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
APESM	Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental
BD	<i>Bipolar Disorder</i>
C	<i>Conscientiousness</i>
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CGF	Cinco Grandes Fatores
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CREMH	<i>Clinic of Research and Extension in Mental Health</i>
DSM-IV-TR	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais quarta edição revisada
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais quinta edição
E	<i>Extraversion</i>
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul
MCMII-III	<i>Millon Clinical Multiaxial Inventory third edition</i>
MDD	<i>Major Depressive Disorder</i>
MINI-Plus	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview - Plus</i>
N	<i>Neuroticism</i>
NEO-FFI-R	<i>NEO Five-Factor Inventory Revised</i>
O	<i>Openness to experience</i>
TDM	Transtorno Depressivo Maior

THB	Transtorno de Humor Bipolar
TP	Transtorno da Personalidade
TPB	Transtorno da Personalidade <i>Borderline</i>
UCPel	Universidade Católica de Pelotas

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	19
PROJETO.....	21
1 IDENTIFICAÇÃO.....	21
1.1 Título	21
1.2 Doutoranda	21
1.3 Orientador	21
1.4 Instituição	21
1.5 Curso	21
1.6 Linha de pesquisa	21
1.7 Data	21
2 INTRODUÇÃO	22
3 OBJETIVOS	23
4 HIPÓTESES	24
5 REVISÃO DE LITERATURA	24
6 MÉTODOLOGIA	32
6.1 Delineamento	32
6.2 Participantes	32
6.3 Procedimentos e instrumentos	32
6.4 Processamento e análise dos dados	35
6.5 Aspectos éticos	35
6.6 Orçamento	36
6.7 Cronograma	37
7 REFERÊNCIAS	37

	18
MODIFICAÇÕES ENTRE O PROJETO E OS ARTIGOS	45
ARTIGO I	46
ARTIGO II	64
CONCLUSÃO	91
ANEXOS	93
Anexo A: Termo de consentimento livre e esclarecido	93
Anexo B: Carta de aprovação no comitê de ética	95
Anexo C: Instrumentos ¹	96

¹ Os instrumentos *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III* (MCMI-III) e o *NEO Five-Factor Inventory* (NEO-FFI) não são apresentados como anexos por não serem de domínio público.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho segue as normas para teses e dissertações do Programa de Pós-graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas, e será apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Saúde e Comportamento, sendo dividido em três partes: a primeira é referente ao projeto de pesquisa; a segunda, composta por dois artigos resultantes da pesquisa desenvolvida; e a terceira, formada pelas considerações finais.

A primeira parte apresenta o projeto intitulado “A relação entre os cinco grandes fatores de personalidade e os diagnósticos clínicos dos eixos I e II do DSM-IV-TR”, estando dividida em: Identificação; Introdução; Objetivos; Hipóteses; Revisão de Literatura; Método e Referências. Em seguida, foi acrescida uma página descrevendo as modificações (essencialmente em termos de objetivos e hipóteses) entre o projeto e os artigos.

A segunda parte expõe dois dos artigos produzidos a partir dos resultados parciais da coleta de dados. O primeiro, “Traços de personalidade como diferenciais entre transtorno depressivo maior e transtorno bipolar durante episódio depressivo” foi submetido à revista *Psychiatry Research*. Nele, indivíduos em episódio depressivo atual com diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior (TDM) e de Transtorno de Humor Bipolar (THB) são comparados em relação aos traços de personalidade, características clínicas e sociodemográficas, com vistas a identificar possíveis diferenciais entre esses quadros clínicos. Estrutura semelhante foi utilizada no segundo artigo, intitulado “Os traços *Big Five* e aspectos clínicos poderiam fornecer diferenciais entre pacientes com e sem Transtorno da Personalidade *Borderline* durante um episódio depressivo? ” que será submetido à revista *Journal of Personality Disorders*. Neste trabalho, uma amostra

de indivíduos em episódio depressivo, com e sem Transtorno da Personalidade *Borderline*, é comparada em relação aos traços *Big Five*; características clínicas e sociodemográficas, com a intenção de distinguir os casos que apresentam ou não a comorbidade.

A terceira parte, “Considerações Finais”, busca integrar os principais resultados dos artigos, articulando-os entre si e com seus objetivos.

PROJETO



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

PROJETO DE PESQUISA

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: A relação entre os cinco grandes fatores de personalidade e os diagnósticos clínicos dos eixos I e II do DSM-IV-TR.

1.2 Doutoranda: Jaciana Marlova Gonçalves Araujo

1.3 Orientador: Luciano Dias de Mattos Souza

1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5 Curso: Doutorado em Saúde e Comportamento

1.6 Linha de pesquisa: Psicologia da Saúde

1.7 Data: Julho de 2012

2. INTRODUÇÃO

A personalidade, seu desenvolvimento e manifestações, vem sendo estudada desde o início da psicologia enquanto ciência. Contudo, nas últimas décadas tem ocorrido considerável progresso tanto na definição do construto como em sua mensuração. A teoria dos Cinco Grandes Fatores (CGF) da personalidade tem grande participação nesses avanços, essencialmente por sua universalidade, comprovada em diferentes culturas (Hofstee, Kiers, Raad, Goldberg, & Ostendorf, 1997; McCrae & Costa, 1997a; McCrae, Costa, & Yik, 1996; Rammstedt & John, 2007) e por sua economia no número de fatores capazes de fornecer uma compreensão global da personalidade tanto nomotética, como idiograficamente.

Os CGF são denominados: Extroversão (assertividade, energia, eloquência), Amabilidade (cooperação, empatia, confiança), Conscienciosidade (responsabilidade, organização, disciplina), Neuroticismo (instabilidade emocional, inquietude, dificuldade em lidar com situações negativas) e Abertura a experiências (imaginação, interesses intelectuais e artísticos) (McCrae & Costa, 1997a). A teoria com um reduzido número de fatores tem a intenção de que essas dimensões representem um resumo da diversidade de atributos distintos e específicos da personalidade.

Em função de a personalidade se tratar de um atributo intrínseco e natural de cada indivíduo, ela tem sido estudada em relação a diversos aspectos, como longevidade (Martin & Friedman, 2000); liderança (Judge, Bono, Ilies, & Gerhardt, 2002); criatividade (John & Srivastava, 1999; McCrae & Costa, 1997b); comportamentos saudáveis (Paunonen, 2003) e psicopatologias (Miller, Lynam, Widiger & Leukefeld, 2001). A respeito desse último aspecto existem vários estudos que relacionam os traços de personalidade com diagnósticos do DSM-IV-TR e suas versões anteriores (Costa &

Widiger, 2002; McCrae, 1994; Trull & Sher, 1994; Watson, Clark, & Harkness, 1994; Widiger & Trull, 1992), na tentativa de elucidar a relação entre aspectos comportamentais arraigados, como os traços de personalidade e psicopatologias.

Entende-se que uma melhor compreensão da relação entre personalidade e psicopatologias ou mesmo a descrição dos padrões de personalidade predominantes em cada quadro patológico pode auxiliar a diminuir as dificuldades clínicas em estabelecer diagnósticos, fornecendo indicativos importantes, também para casos em que o diagnóstico diferencial é necessário. Essas informações podem, ainda, contribuir para estabelecer possíveis indicações de tratamento e prognóstico, mais adequadas à real condição do paciente. Além disso, a maior parte das pesquisas realizadas nesse sentido foi realizada com amostras americanas ou britânicas (Ostendorf, 2000), sendo que, na realidade brasileira, há carência a respeito desse tipo de informação. Portanto, o objetivo principal desse trabalho será investigar os perfis de traços de personalidade dos transtornos, tanto de eixo I como de eixo II do DSM-IV-TR.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Estabelecer os padrões dos traços de personalidade para os transtornos do eixo I e eixo II em uma amostra ambulatorial.

3.2 Específicos

3.2.1 Verificar a associação entre os transtornos do eixo I do DSM-IV-TR (suas manifestações e características) e os cinco grandes fatores de personalidade.

3.2.2 Relacionar os transtornos do eixo II do DSM-IV-TR (suas manifestações e características) com os cinco grandes fatores de personalidade.

3.2.3 Identificar quais os padrões patológicos de personalidade ocorrem mais frequentemente em comorbidade a transtornos do eixo I do DSM-IV-TR.

4. HIPÓTESES

4.1 Os perfis, em geral, terão altos níveis de Neuroticismo, níveis normativos de Abertura a experiências e os demais fatores irão variar conforme cada transtorno.

4.2 A relação entre os diferentes fatores de personalidade e os transtornos de eixo I irá diferir conforme as características de cada transtorno, sendo que, para cada um, será encontrado um padrão diferente.

4.3 As pessoas diagnosticadas com transtornos de eixo II apresentarão características de personalidade semelhantes, caso seus diagnósticos sejam do mesmo *Cluster* (ou seja, os *Clusters* diferirão entre si quanto aos traços de personalidade predominantes).

4.4 Os transtornos de ansiedade terão mais comorbidade com os transtornos da personalidade do *Cluster* A (paranoide, esquizoide e esquizotípico), os demais transtornos da personalidade serão mais presentes nos casos de transtornos de humor.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Uma introdução ao estudo da personalidade.

Personalidade é um termo bastante utilizado no senso comum como produto das habilidades sociais de determinado indivíduo. No cotidiano, a personalidade de uma

pessoa é avaliada em função da impressão que ela causa aos demais indivíduos, os quais, para caracterizá-la selecionam um atributo marcante do comportamento do observado (Hall, Lindzey, & Campbell, 2000). No âmbito científico, são muitas as definições para o termo personalidade (Allport, 1973). Segundo Guzzo, Pinho e Carvalho (2002), personalidade é um construto da Psicologia que se destaca pela dificuldade em ser definido e estudado. Assim como no senso comum, os profissionais correm o risco de defini-la através de sua própria subjetividade, caso não tenham um embasamento teórico para fundamentar suas formulações. Segundo Pasquali (2003), a expressão “personalidade” é tão ampla em seu significado, ou mesmo, tão vaga, que praticamente todo psicólogo a entende de modo particular. Desta forma, somente é possível definir personalidade com base em um postulado teórico que servirá como referência às pesquisas sobre esse construto e, evidentemente, nenhuma definição ou avanço obtido à luz de determinada teoria pode ser generalizada às demais sem as devidas precauções no que diz respeito à adequabilidade e interpretação.

Conforme Hall e cols (2000), as diversas definições de personalidade podem tender para diferentes perspectivas teóricas e de compreensão desse construto. Apesar da dificuldade em estabelecer como a personalidade pode ser melhor definida, há um consenso geral de que ela se trata de uma inferência abstrata, um conceito ou um construto, não um fenômeno tangível (Millon, 1986; 1993).

A personalidade, de modo abrangente, refere-se a um padrão próprio de funcionamento de cada indivíduo, que engloba pensamentos, sentimentos, atitudes, comportamentos, mecanismos de enfrentamento, entre outros atributos (Cloninger, 1999; Hall e cols., 2000). Sendo assim, Allport e Allport (1921) apontavam que cada padrão individual de personalidade é único, e por isso a personalidade pode ser compreendida como um fenômeno não duplicável, ou seja, cada indivíduo tem na composição da sua

personalidade uma mescla única de variadas intensidades e potencialidades de diversas características.

Historicamente, foram desenvolvidas várias teorias sobre a personalidade. Hall et al. (2000), destacam cinco fontes que exerceram forte influência sobre tais teorias: observação clínica; Gestalt; psicologia experimental; psicométrica e a biologia (genética e fisiologia).

A observação clínica contribuiu muito para a fundamentação das teorias da personalidade. Teóricos como Charcot, Janet, Freud, Jung, McDougall, Erikson, Skinner, Bandura e tantos outros, estavam interessados no desenvolvimento da personalidade de seus pacientes e concebiam esse desenvolvimento aliado a processos como aquisição de conhecimentos, e desenvolvimento social e emocional. A Gestalt inaugurou com Stern o postulado de que fragmentos do comportamento não esclarecem a personalidade totalmente, fazendo com que as teorias se tornassem integrativas. Ou seja, elas passaram a considerar vários elementos para melhor identificar o todo. As contribuições da psicologia experimental foram no sentido de qualificar as pesquisas tornando-as cada vez mais empíricas e cuidadosamente controladas, com especial atenção à construção da teoria e à forma como os comportamentos são modificados. A psicométrica proporcionou a sofisticação da mensuração e análise quantitativa dos dados. Através da técnica da análise fatorial, houve grande avanço no estudo científico da personalidade pelo desenvolvimento da abordagem dos traços, aprimorada pela Teoria de Resposta ao Item, que auxilia o acesso aos traços latentes da personalidade por meio dos comportamentos observáveis. Já a genética e a fisiologia contribuíram à compreensão dos fatores biológicos que atuam na constituição da personalidade, e mais recentemente, os avanços da neurologia proporcionaram o entendimento dos processos corticais envolvidos nos comportamentos (Andrade, 2008).

Várias teorias sobre a personalidade foram desenvolvidas com o aprimoramento das áreas mencionadas anteriormente, e muitas delas utilizam o conceito de traço. Para a maioria dessas teorias, a organização, ou o arranjo dos traços é único em cada indivíduo e constitui a sua personalidade.

5.2 Os traços e os Cinco Grandes Fatores.

Pode-se dizer que traços de personalidade são termos que descrevem um grupo de características comportamentais relativamente duradouras que se manifestam de várias maneiras e em âmbitos diversos, mantendo certa similaridade entre os comportamentos (Lundin, 1977). Durante a década de 50, Cattell realizou uma síntese do conceito de traço postulando que se trata de uma estrutura mental, uma inferência feita a partir do comportamento observado para explicar a regularidade ou a consistência deste comportamento (Cattell, 1950). Segundo Allport (1973), traços são nomenclaturas utilizadas para agrupar os comportamentos do indivíduo. Schultz e Schultz (2006), caracterizam os traços da seguinte forma: (a) são reais e existem em todo indivíduo; são construtos teóricos ou rótulos que pretendem explicar comportamentos; (b) eles determinam ou provocam o comportamento: surgem em resposta a determinado estímulo e interagem com o ambiente para produzir esse comportamento; (c) os traços estão inter-relacionados e podem sobrepor-se, embora representem características diferentes; e (d) os traços variam de acordo com a situação. É importante ressaltar que as manifestações dos traços irão diferir em função das influências situacionais (Allport, 1973) e sua constituição inclui fatores genéticos e de aprendizagem (Hall et al., 2000).

Algumas das importantes funções dos traços são: sugerir um tipo de processo interno que produz o comportamento, ou seja, a explicação para o comportamento diante de certa situação está no indivíduo e não na situação em si; e também servir para resumir, prever e explicar a conduta de uma pessoa e o modo como se diferencia dos

demais (Pervin & John, 2004). Entretanto, mesmo existindo efetivamente, os traços não podem ser observados diretamente, precisando ser inferidos a partir dos comportamentos (Allport, 1973).

Com o advento, e a grande aceitação da teoria dos traços de personalidade, vários teóricos passaram a ter interesse pelo tema. As pesquisas tinham interesse, principalmente, em estabelecer traços que fossem comuns a todos os indivíduos e que pudessem ser comprovados de forma científica. Cattell, como grande incentivador do estudo científico da personalidade, formulou uma teoria sobre a representação dos traços em diferentes esferas da vida do sujeito defendendo a ideia de que alguns traços fundamentais originam outros superficiais e todos são desenvolvidos sob a influência de fatores hereditários, ambientais, de aprendizagem, de maturação e do contexto social. A partir de então, o pesquisador lançou mão de vários artifícios na tentativa de localizar traços gerais de personalidade.

Baseado em evidências empíricas obtidas através de análise semântica, testagem e análise fatorial, Cattell conseguiu condensar a estrutura da personalidade em 16 fatores avaliados no *Sixteen Personality Factor Test* (16PF) (Hall et al., 2000). Com a publicação do 16PF em 1949, os estudos desenvolvidos por Cattell serviram como ponto de partida para muitas outras pesquisas sobre personalidade (John & Srivastava, 1999). Entretanto, nenhuma das tentativas de replicar os resultados iniciais alcançou sucesso. Pesquisas realizadas com amostras maiores e culturalmente diversificadas conseguiram identificar somente cinco fatores (compostos por vários traços) relativamente fortes, estáveis e recorrentes na avaliação da personalidade. Assim teve início o postulado dos Cinco Grandes Fatores (CGF) da personalidade (em inglês *Big Five*), que constitui uma das mais modernas formas de compreensão desse construto (Hutz et al., 1998) e emerge como um modelo teórico robusto fundamentado na reprodutibilidade empírica, sendo

sua comprovação viável em diversas culturas (Hofstee, Kiers, Raad, Goldberg, & Ostendorf, 1997; McCrae & Costa, 1997a; McCrae, Costa, & Yik, 1996; Rammstedt & John, 2007). Estruturalmente, a maioria dos instrumentos que avaliam o modelo CGF atualmente, com exceção de suas versões breves, avaliam a frequência de comportamentos observáveis, que compõem um traço de personalidade. Um conjunto desses traços compõem uma faceta e várias facetas compõem um fator de personalidade.

O desenvolvimento do modelo dos CGF, assim chamados por Tupes e Christal (1992) foi aprimorado ao longo das décadas seguintes e atualmente, os conceitos vigentes, e que são adotados no presente estudo, descrevem tais fatores como sendo: (a) Amabilidade: altas pontuações nesse fator indicam sujeitos agradáveis, amáveis, cooperativos e afetuosos; (b) Conscienciosidade: indivíduos com alta Conscienciosidade são, em geral, cautelosos, dignos de confiança, organizados e responsáveis; (c) Extroversão: pessoas extrovertidas tendem a serem ativas, entusiasmadas, dominantes, sociáveis e falantes; (d) Neuroticismo: pessoas neuróticas são geralmente nervosas, tensas e preocupadas; (e) Abertura a experiências: altas pontuações nesse fator indicam sujeitos francos, imaginativos, espirituosos, originais e artísticos (Andrade, 2008; John & Srivastava, 1999). Do ponto de vista prático, a avaliação dos CGF tem sido útil em várias áreas da Psicologia e em outros diversos contextos (Buchanan, Johnson, & Goldberg, 2005; Hampson & Goldberg, 2006; McGhee, Ehrler, & Buckhalt, 2008; Barrick & Mount, 1991).

Nas últimas duas décadas a Psicologia tem alcançado grande progresso quanto à definição e mensuração da personalidade normal e suas manifestações em populações gerais (Goldberg, 1990; John & Srivastava, 1999). Esses avanços têm sido possíveis em função da larga aceitação do modelo de cinco fatores como definição universal. Em

função dos diversos estudos realizados, surgiu uma variedade de palavras descritoras desses cinco fatores (John & Srivastava, 1999), posto que, diferentes pesquisadores aplicaram termos diversos para descrevê-los. Entretanto, pode-se dizer que suas características são universais independentemente dos rótulos dos fatores.

É importante ressaltar que mesmo os maiores defensores da teoria dos CGF são conscientes que as diversas e numerosas manifestações da personalidade não podem ser reduzidas a cinco dimensões independentes (Plaisant, Srivastava, Mendelsohn, Debray, & John, 2005). De fato, os CGF representam uma generalização que resume as relações existentes entre os distintos atributos da personalidade, daí provém sua utilidade em uma grande quantidade de pesquisas empíricas, pois pode-se generalizar comportamentos humanos, considerando os cinco fatores, sem negligenciar seus aspectos específicos, levando em conta as facetas que compõem cada fator.

5.3 Traços de personalidade e psicopatologia: eixos I e II do DSM-IV-TR.

Dada à importância da organização dos CGF para que o indivíduo tenha funcionalidade em suas relações e em seu cotidiano, e em função de o estado de saúde mental ser um dos mais importantes aspectos da qualidade de vida de um indivíduo, os CGF têm sido correlacionados com vários desfechos em saúde. Em relação à saúde mental, pode-se esperar que os diferentes transtornos psiquiátricos estejam associados a padrões específicos de distribuição das características de personalidade (Malouff, Thorsteinsson & Schutte, 2005).

Os CGF vêm sendo relacionados aos diagnósticos psiquiátricos do DSM-IV-TR e versões anteriores. Vários estudos buscaram examinar essa relação, mas ainda hoje ela não parece bem estabelecida (Costa & Widiger, 2002; McCrae, 1994; Trull & Sher, 1994). Segundo Widiger e Trull (1992) teoricamente os CGF devem estar associados especialmente a transtornos da personalidade, sendo cada um dos transtornos,

caracterizado por traços mal adaptativos específicos que se manifestam de forma crônica e exacerbada e resultam em prejuízo significativo à vida dos indivíduos. Conforme Costa e Widiger (1994, 2002), Millon e Davis (1996), e Widiger e Costa (2002), a maioria dos transtornos da personalidade parecem estar associados a um ou mais dos cinco fatores.

Já os transtornos clínicos de eixo I são manifestados por sintomas que variam de moderados a severos, em função da maior ou menor incapacidade causada ao indivíduo. Sendo assim, pode-se esperar que certo perfil dos CGF estivesse associado a vários transtornos ou a vários sintomas desses transtornos. Entretanto, em função do arranjo por cumprimento de critérios, utilizado no DSM-IV-TR para estabelecer diagnóstico, um mesmo transtorno pode se manifestar de diversas formas, com diferentes cursos e sintomatologias. Por exemplo, dois indivíduos com o mesmo diagnóstico podem partilhar poucos sintomas em comum. Dessa forma, os traços de personalidade associados a sintomas de transtornos de eixo I podem se tratar de traços que compõem a personalidade do indivíduo (mesmo em situação de eutímia), ou de traços que denotam um modo de funcionamento transitório em função do quadro patológico (Borkenau & Ostendorf, 1998; Fleeson, 2001; Nemanick & Munz, 1997; Schutte, Malouff, Segre, Lobo & Rodgers, 2003). Widiger e Trull (1992) sugerem quatro formas pelas quais um traço e um transtorno podem interagir: (a) o traço contribui para a doença, (b) uma terceira variável contribui tanto para a manifestação do traço como da doença, (c) o transtorno contribui para o traço e (d) o traço afeta a manifestação, o prognóstico, ou o tratamento da doença.

Sendo assim, é tarefa bastante complexa estabelecer um padrão dos traços de personalidade para um determinado transtorno, pois o modelo de classificação fornece a mesma classificação diagnóstica frente as manifestações sintomatológicas muito

discrepantes, entre os pacientes e com relação aos relatos da literatura, além da possibilidade da ocorrência de comorbidades (Malouff, Thorsteinsson & Schutte, 2005). Mesmo assim, entende-se que esses estudos seriam de grande utilidade clínica e até mesmo teórica para uma compreensão mais adequada das manifestações comportamentais das psicopatologias.

6. METODOLOGIA

6.1 Delineamento – Transversal.

6.2 Participantes

Todas as pessoas que procurarem atendimento (ou forem encaminhadas para atendimento) da Clínica Psicológica de Universidade Católica de Pelotas (UCPel), bem como as pessoas que já participam de pesquisas desenvolvidas pela UCPel e que devem passar por uma nova avaliação por fazerem parte de estudos de coorte. Estima-se que serão avaliados em torno de 1000 indivíduos durante os dois anos de realização deste projeto.

6.2.1 Critérios de inclusão: ter entre 18 e 60 anos; aceitar participar do estudo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

6.2.2 Critérios de exclusão: ter menos de 18 e mais de 60 anos e não ser capaz de responder às questões dos instrumentos.

6.3 Procedimentos e Instrumentos

6.3.1 Coleta de dados: A coleta dos dados será realizada em avaliações individuais (com duração média de uma hora), na Clínica Psicológica da UCPel. As

avaliações ocorrerão antes de os indivíduos receberem atendimento psicológico e além de proporcionar dados à pesquisa, servirão para fornecer informações que subsidiem os tratamentos.

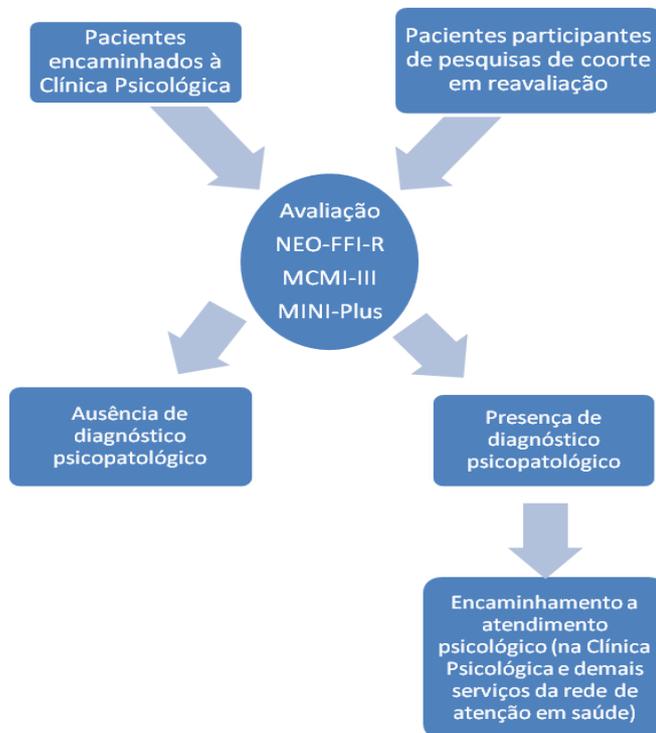


Figura 1. Fluxograma da logística de coleta de dados.

6.3.1.1 Estudo-piloto: Será realizado um estudo-piloto para possíveis ajustes logísticos. Ele ocorrerá após o treinamento dos avaliadores, no mesmo local onde será realizada a coleta de dados. Serão avaliados 24 estudantes de graduação que queiram auxiliar no desenvolvimento da pesquisa. Os dados resultantes do estudo-piloto não serão considerados na análise dos dados.

6.3.1.2 Controle de qualidade: Será realizado contato telefônico com 20% da amostra (a ser sorteado aleatoriamente) nesse contato, serão realizadas algumas perguntas-chave para conferência dos dados.

6.3.1.3 Seleção e treinamento de entrevistadores: Participarão da pesquisa oito entrevistadores os quais serão selecionados entre os pós-graduandos que manifestarem

interesse em fazer parte da pesquisa. Os entrevistadores receberão treinamento, pela autora do projeto, durante duas semanas (12h), para o uso dos instrumentos.

6.3.2 Instrumentos: Inventário de Cinco Fatores NEO Revisado (NEO-FFI-R) é a versão curta do NEO-PI-R (Costa e McCrae, 2007), constituída por um número menor de itens, que fornecem uma medida breve e compreensiva dos cinco domínios da personalidade. O teste é composto por questões afirmativas às quais o sujeito responde utilizando uma das cinco alternativas descritas em escala *Likert*. Esse teste é baseado no modelo de personalidade dos autores Paul Costa e Robert McCrae: o Big Five.

Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III). O MCMI-III foi um dos instrumentos desenvolvidos por Theodore Millon para operacionalizar sua teoria e tem como foco pessoas em tratamento clínico em psicologia ou psiquiatria. O MCMI-III (Millon, 1997), foi desenvolvido seguindo as atualizações do DSM-IV-TR com o objetivo de avaliar desordens de personalidade dividindo-as em escala de padrões clínicos de personalidade; escalas de síndromes clínicas moderadas e escalas de síndromes clínicas graves. O instrumento é composto por 175 itens com respostas dicotômicas (“sim” e “não”), que avaliam 14 padrões de personalidade patológica e dez síndromes clínicas, conforme o modelo proposto por Millon. Esse é, portanto, um instrumento que avalia aspectos psicopatológicos da personalidade e seu uso é indicado para casos em que há suspeita de transtornos mentais, ou para acompanhamento em saúde mental. A prevalência mínima que indica presença de Transtorno da Personalidade (TP) é 85% (Craig, 2005; Millon, 1997). A validação do MCMI-III vem sendo realizada no Brasil e alguns dados com amostras clínicas já foram divulgados (Rocha, Sousa, Alchieri, Sales, & Alencar, 2011).

Mini International Neuropsychiatric Interview - Plus (MINI-Plus). O MINI-Plus (Sheehan et al., 1997) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com

os critérios do DSM-IV e da CID-10, que pode ser utilizada na prática clínica, na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria destinado à avaliação aprofundada dos transtornos mentais ao longo da vida, na clínica e na pesquisa em psiquiatria explora sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV-TR. Essa entrevista foi adaptada para o contexto brasileiro e representa uma alternativa adequada para a avaliação de pacientes, de acordo com critérios internacionais, tanto no meio clínico como em estudos epidemiológicos (Amorim, 2000).

6.4 Processamento e análise dos dados:

Os dados do MINI-Plus serão digitados em meio eletrônico (*tablets*) dispensando a digitação. Já os demais instrumentos serão duplamente digitados no programa EpInfo 10.0 e todos os dados serão analisados no pacote estatístico STATA 13.0 por meio de análises de correlação.

6.5 Aspectos éticos:

O presente projeto será enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UCPel. As pessoas a serem avaliadas deverão assinar um Termo de Consentimento bem como receberão esclarecimentos sobre a pesquisa e o caráter voluntário de sua participação.

6.5.1 Riscos: A presente proposta apresenta riscos mínimos à saúde dos participantes. Aqueles participantes que forem diagnosticados com algum transtorno psiquiátrico serão encaminhados para tratamento no serviço de saúde mais adequado para sua situação (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Unidades Básicas de Saúde, Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental - APESM, CAPS-Álcool e Drogas, Hospital Espírita de Pelotas). Aqueles que apresentarem risco de suicídio serão

encaminhados ao CAPS mais adequado de acordo com a localização da residência do participante. Imediatamente após a detecção do risco de suicídio um familiar será chamado para conduzir o participante ao local de atendimento. Neste momento, o familiar será instruído sobre como proceder, conforme o manual Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde.

6.5.2 Benefícios: Os participantes obterão diagnóstico clínico especializado, realizado por profissionais devidamente treinados. O encaminhamento a tratamento, feito de forma imediata após a avaliação agilizará sua alocação adequada dentro dos serviços que prestam atendimento a transtornos mentais.

6.6 Orçamento

Materiais	Quantidade	Valor	Valor Total
Teste NEO-FFI-R	3	451,80	1355,40
Blocos de aplicação do Teste NEO-	40	31,60	1264,00
Licenças para correção eletrônica do	1000	3,40	3400,00
Material de consumo (folhas, canetas, cópias).	--	--	500,00
		Sub-total →	6519,40
Materiais permanentes			
Computador	1	1700,00	1700,00
Impressora Jato de Tinta	1	159,00	159,00
Tablet	3	700,00	2100,00
		Sub-total →	3959,00
Total (R\$) →			10478,40

6.7 Cronograma

Atividade	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
	2012									2013												2014				
Elaboração do projeto																										
Revisão de literatura																										
Envio ao Comitê de Ética																										
Coleta dos dados																										
Análise dos dados																										
Elaboração dos artigos																										
Apresentação dos resultados																										

7. REFERÊNCIAS

- Allport, G. W. (1973). *Personalidade: padrões e desenvolvimento*. São Paulo: EPU.
- Allport, F. H. & Allport, G. W. (1921). *Personality traits: their classification and measurement*. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 16, 6-40.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106–115.
- Andrade, J. M. d. (2008). *Evidências de validade do inventário dos cinco grandes fatores de personalidade para o Brasil*. Universidade de Brasília, Brasília.

Barrick, M. R., & Mount, M. K. (1991). *The Big Five personality dimensions and job performance*. *Personnel Psychology*, 44, 1-26.

Benjamin, J., Ebstein, R. P. & Lesch, K. P. (1998). Genes for personality traits : implications for psychopathology. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 1, 153-168.

Blom, R. M., Samuels, J. F., Riddle, M. A., Bienvenu, O. J., Grados, M. A., Reti, I. M., Eaton, W. W., Liang, K. Y. & Nestadt, G. (2011). Association between a serotonin transporter promoter polymorphism (5HTTLPR) and personality disorder traits in a community sample. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1153-1159.

Borkenau, P., & Ostendorf, F. (1998). The Big Five as states: How useful is the Five-Factor Model to describe intraindividual variations over time? *Journal of Research in Personality*, 32, 202–221.

Buchanan, T., Johnson, J. A. & Goldberg, L. R. (2005). *Implementing a Five-factor Personality inventory for use on the internet*. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 115-127

Burger, J.M. (1993). *Personality*. Brooks/Cole Publishing Company: Pacific Grove, CA.

Cattell, R. B. (1950). *Personality, a systematic theoretical and factual study*. New York: McGraw-Hill.

Cloninger, S. C. (1999). *Teorias da personalidade*. São Paulo: Martins Fontes.

Costa, P. T. J., & McCrae, R. R. (1992). *Trait Psychology Comes of Age*. Paper presented at the Psychology and Aging: Nebraska Symposium on Motivation 1991.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1996). Mood and personality in adulthood. In C. Magai & S. H. McFadden (Eds.), *Handbook of emotion, adult development, and aging* (pp. 369—383). San Diego, CA: Academic Press.

Costa, P. T. J., & McCrae, R. R. (2007). *NEO PI-R: Inventário de Personalidade Neo Revisado e Inventário de Cinco Fatores Neo Revisado NEO FFI-R (versão curta)*. São Paulo: Vetor.

Costa, P. T., & Widiger, T. A. (Eds.). (1994). *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington, DC: American Psychological Association.

Costa, P. T., & Widiger, T. A. (Eds.). (2002). *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Craig, R. J. (2005). *New Directions in Interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*. Hoboken: Wiley.

Digman, J.M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417–440.

Fleeson, W. (2001). Toward a structure- and process-integrated view of personality: Traits as density distributions of states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 1011–1027.

Goldberg, L. R. (1992). The development of markers for the Big Five factor structure. *Psychol Assess*, 4, 26–42.

Guzzo, R. S. L., Pinho, C. C. M. & Carvalho, C. F. C. (2002). *Construção da taxonomia brasileira para descritores da personalidade*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 71-75.

Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da personalidade* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Hampson, S.E., & Goldberg, L.R. (2006). *A first large cohort study of personality trait stability over the 40 years between elementary school and midlife*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 763-779.

Hofstee, W. K. B., Kiers, H. A. L., Raad, B. D., Goldberg, L. R., & Ostendorf, F. (1997). A Comparison of Big-Five Structures of Personality Traits in Dutch, English, and German. *European Journal of Personality, 11*(1), 15-31.

Hutz, C. S., Nunes, C. H., Silveira, A. D. Serra, J. & Anton, M. (1998). O desenvolvimento de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 11*, 395-409.

John, O. P. (1990). The “big five” factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. In L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 66–100). New York: Guilford.

John, O. J., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102–138). New York: Guilford.

Judge, T. A., Bono, J. E., Ilies, R., & Gerhardt, M.W. (2002). Personality and leadership: A qualitative and quantitative review. *Journal of Applied Psychology, 87*, 765–780.

Lundin, R. W. (1977). *Personalidade*. São Paulo: EPU.

Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B. & Schutte, N. S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: a meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 27* (2), 101-114.

Martin, L. R., & Friedman, H. S. (2000). Comparing personality scales across time: An illustrative study of validity and consistency in life span archival data. *Journal of Personality, 68*, 85–110.

McCrae, R. R. (1994). The Five-Factor Model and its assessment in clinical settings. *Journal of Personality Assessment, 57*, 399–414.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. J. (1997a). Personality Trait Structure as a Human Universal. *American Psychologist*, *52*(5), 509-516.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1997b). Conceptions and correlates of openness to experience. In R. Hogan, J. Johnson, & S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 825–847). San Diego, CA: Academic Press.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1999). A five-factor theory of personality. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 139–153). New York: Guilford.

McCrae, R. R., Costa, P. T. J., & Yik, M. S. M. (1996). Universal aspects of Chinese personality structure. In M. H. Bond (Ed.), *The handbook of Chinese Psychology* (pp. 189-207). Hong Kong: Oxford University Press.

McGhee, R. L., Ehrler, D. J., & Buckhalt, J. A. (2007). *Five Factor Personality Inventory - Children*. Austin, TX: PRO-ED

Miller, J. D., Lynam, D. R., Widiger, T. A., & Leukefeld, C. (2001). Personality disorders as extreme variants of common personality dimensions: Can the five-factor model adequately represent psychopathy? *Journal of Personality*, *69*, 253-276.

Millon, T. (1986). *A theoretical derivation of pathological personalities*. Em T. Millon & G. L. Klerman (Eds.). Contemporary directions in psychopathology: toward the DSM-IV. Nova Iorque: Guildford.

Millon, T. (1993). *Personality disorders: conceptual distinctions and classification issues*. Em Costa, P. T. & Widiger, T. A. Personality disorders and the Five-Factor Model of Personality. Washington: APA.

Millon, T., & Davis, R. D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (2nd ed.). New York: Wiley.

Millon, T. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory - III: manual*. (2nd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Nemanick, R. C., & Munz, D. C. (1997). Extraversion and neuroticism, trait mood and state affect. *Journal of Social Behavior and Personality*, *12*, 1079–1092.

Ostendorf F. (2000) Personality Disorders and the Five-Factor Model: a Meta-Analysis. Paper presented at the 4th European congress on personality Disorders: New trends in personality disorders. Paris, 21–24 June 2000. *Eur Psychiatry*; *15*(suppl 1):42.

Pasquali, L. (2003). *Os tipos humanos: a teoria da personalidade*. Petrópolis: Vozes

Paunonen, S. V. (2003). Big Five factors of personality and replicated predictions of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 411–424.

Pervin, L. A. & John, O. P. (2004). *Personalidade: Teoria e Pesquisa*. Porto Alegre: Artmed.

Plaisant, O., Srivastava, S., Mendelsohn, G. A., Debray, Q., & John, O. P. (2005). Relations entre le Big Five Inventory français et le manuel diagnostique des troubles mentaux dans un échantillon clinique français. *Annales Médico Psychologiques*, *163*(2), 161-167.

Rammstedt, B., & John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, *41*, 203-212.

Rocha, H. R. R. P., Sousa, H. K. C., Alchieri, J. C., Sales, E. A., & Alencar, J. C. N. (2011). Estudos de adaptação do Millon Clinical Multiaxial Inventory-III para avaliação de aspectos psicopatológicos da personalidade no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *60*(1), 34–39.

Saucier, G., & Goldberg, L. R. (1996). The language of personality: Lexical perspectives on the five-factor model. In J. S. Wiggins (Ed.), *The five-factor model of personality: Theoretical perspectives*. New York: Guilford.

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Segre, E., Wolf, A., & Rodgers, L. (2003). States reflecting the Big Five dimensions. *Journal of Personality and Individual Differences, 34*, 591–603.

Sheehan, D., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, a, ... Dunbar, G. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry, 12*(5), 232–241. [http://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83297-X](http://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83297-X)

Tupes, E. C., & Christal, R. E. (1992). *Recurrent personality factors based on trait ratings*. *Journal of Personality, 60*, 225–251.

Trull, T. J., & Sher, K. J. (1994). Relationship between the five-factor model of personality and Axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 350–360.

Ubbenhorst, A., Striebich, S., Lang, F. & Lang, U. E. (2011). Exploring the relationship between vitamin D and basic personality traits. *Psychopharmacology, 215*, 733-737.

Watson, D., Clark, L. A., & Harkness, A. R. (1994). Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 18–31.

Widiger, T. A., & Costa, P. T. (2002). Five-Factor Model Personality Disorder Research. In P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed., pp. 59–87). Washington, DC: American Psychological Association.

Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1992). Personality and psychopathology: An application of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, *60*, 363–393.

MODIFICAÇÕES ENTRE O PROJETO E OS ARTIGOS

Ao longo da pesquisa foram necessários alguns ajustes em relação à proposta inicial do Projeto apresentado anteriormente. Os objetivos e hipóteses muito amplos impediriam a formulação de artigos científicos pois foram investigados vários Transtornos de Humor e de Ansiedade e todos os Transtornos da Personalidade. Dessa forma, foi necessário delimitar os objetivos considerando quadros clínicos específicos, cujas informações em relação às características de personalidade, fossem relevantes, clínica e teoricamente.

Em função da grande relevância clínica e epidemiológica do TDM; de sua alta prevalência na amostra estudada (pois um dos objetivos da avaliação era identificar pacientes para um ensaio-clínico sobre Depressão); das diversas manifestações comportamentais que caracterizam esse quadro clínico, e que, conforme a literatura, tornam possível a aproximação entre o estudo do TDM e das características de personalidade, e ainda, da grande valia que os indicadores diferenciais têm para a prática clínica, optou-se por readequar os objetivos do Projeto formulando artigos que endossassem a discussão sobre a relação entre a personalidade normal e patológica e o TDM.

ARTIGO I

“Traços de personalidade como diferenciais entre transtorno depressivo maior e transtorno bipolar durante episódio depressivo”.

“Personality traits in the differentiation of major depressive disorder and bipolar disorder during a depressive episode”.

Submetido à revista *Psychiatry Research*

Abstract

The aim of this study was to determine the differences in personality traits between individuals with Major Depressive Disorder (MDD) and Bipolar Disorder (BD) during a depressive episode, when it can be hard to differentiate them. Data on personality traits (NEO-FFI), mental disorders (Mini International Neuropsychiatric Interview Plus) and socioeconomic variables were collected from 245 respondents who were in a depressive episode. Individuals with MDD (183) and BD (62) diagnosis were compared concerning personality traits, clinical aspects and socioeconomic variables through bivariate analyses (chi-square and ANOVA) and multivariate analysis (logistic regression). There were no differences in the prevalence of the disorders between socioeconomic and clinical variables. As for the personality traits, only the difference in Agreeableness was statistically significant. Considering the control of suicide risk, gender and anxiety comorbidity in the multivariate analysis, the only variable that remained associated was Agreeableness, with an increase in MDD cases. The brief version of the NEO inventories (NEO-FFI) does not allow for the analysis of personality facets. During a depressive episode, high levels of Agreeableness can indicate that MDD is a more likely diagnosis than BD.

Keywords: Major Depressive Disorder, Bipolar disorder, depressive episode, personality, NEO-FFI.

1. Introduction

Scales that evaluate the five factors of personality (Agreeableness, Conscientiousness, Extraversion, Neuroticism and Openness to experience) have been utilized in clinical contexts to profile individuals and psychopathological manifestations. Despite not being created for diagnostic purposes, these scales can provide important clinical information (McCrae and Costa, 1987). Some studies have analyzed differences in personality factors between individuals with Major Depressive Disorder (MDD), Bipolar Disorder (BD) and euthymic subjects. MDD and BD are disorders that differ in manifestation, course and treatment. However, particularly during depressive episodes, it can be hard to differentiate them due to patient speech bias and symptoms overlap (American Psychiatric Association, 2013). Therefore, more information is necessary about differential characteristics in these circumstances.

According to Karsten et al. (2012), it is also possible to observe differences during depressive episodes in comparison with euthymia. This is particularly well-established for Neuroticism, with an increase, and extraversion and conscientiousness, with probable decrease. Harkness et al. (2002) found this same pattern in individuals with BD, all in depressive episodes. Regarding the other traits, there is no consensus in the literature and some studies have found data indicating that Openness and Agreeableness may remain stable (in comparison with normative data) during depressive episodes (Harkness et al., 2002; Karsten et al., 2012).

As can be observed, both disorders share similar personality profiles when compared to euthymic individuals. Nevertheless, when compared amongst themselves, there is no consensus regarding differences in personality traits. Quilty et al. (2013) found that E and A significantly predicted the diagnosis of BD versus MDD at the

domain level, although they did not control for current mood state, except for excluding individuals in severe manic episode. Barnett et al. (2011) evaluated a sample of individuals diagnosed with BD and another with MDD, comparing solely subjects in euthymic vs euthymic or depressed vs depressed mood states. The results showed higher levels of O in the sample with a BD diagnosis, without significant differences in the other factors. In another study, however, the only difference between both disorders were higher levels of E in BD, when compared to MDD (Coulston et al., 2013).

It is possible to note a lack of agreement between these findings. At the same time, this demonstrates that differentiating between MDD and BD is, still today, a hard task. The diverse findings in relation to the personality factors may be related not necessarily to an incongruity, but to the different methodologies used in the studies, which are very different between themselves. Considering sample type, some of these studies compare between depressed patients and population norms (Harkness et al., 2002; Karsten et al., 2012), others compare between both disorders while in euthymia (Coulston et al., 2013). Methodologies also differ by not taking mood state into account (Quilty et al., 2009; Quilty et al., 2013), or clinical characteristics, such as comorbidities and suicide risk (Barnett et al., 2011).

These methodological differences can have great influence in the results of the works and their interpretation. Comparison between disorders during symptoms remission presupposes obtaining very diverse data in comparison to population norm, for example. While one aims to differentiate diagnoses independently of symptomatic manifestations, in the second one, the data points to how much the presence of the diagnosis differs the individual's characteristics in relation to the others in a specific population. Nevertheless, despite variations in methodology, personality has been associated with these diagnoses.

One can understand that, despite the similarities between both disorders, especially during depressive episode, personality factors may indicate differences between MDD and BD. The severity of the clinical condition may also play an important role in these differences, something that was not entirely considered in previous studies about the subject. In this sense, the present work has as a strong point of its methodology the fact that the sample is composed only of individuals in current depressive episode. In addition to that, the fact that the evaluations were done by professionals trained for this purpose grants high validity to the diagnostic process. The ample gamma of additional information collected, such as presence of anxiety comorbidities and suicide in addition to sociodemographic data, also corroborates the methodological strength of the study. Due to this excellent availability of data, which was obtained in an ample sample, and the care in the conduction of the study's aims, we believe that this study is qualified to contribute to the current existent scientific findings.

Due to the difficulty in distinguishing MDD from BD during depressive episodes, and aiming to evidence indicators that may help with this distinction, this study aimed to determine the differences in the personality traits of individuals with Major Depressive Disorder and Bipolar Disorder, during a depressive episode, in a clinical sample. We hypothesized that Extraversion, Conscientiousness and Agreeableness would act as differentials, with the former being higher in BD and the latter two being higher in MDD.

2. Method

2.1 Design

This was a cross-sectional study nested within a larger study that aimed to evaluate the mental health profile of patients that sought care in the Clinic of Research

and Extension in Mental Health (CREMH) of the Universidade Católica de Pelotas (UCPEL).

2.2 Sample

Individuals aged 18 to 60 years were invited to participate in the study. The service (CREMH) contacted public health facilities in the urban area of Pelotas, from July 2012 to August 2014, including Primary Care Units, Psychosocial Care Centers and other health care services, in order to promote the research. The patients were invited to take part in a research composed of: an evaluation that was comprised of several health and behavior aspects, a psychological evaluation. This Psychological evaluation aimed to verify if the patient met criteria for one of the diagnoses (Major Depressive Disorder, Bipolar Disorder, Obsessive-compulsive Disorder and Post-traumatic Stress Disorder) for which the service offered treatment through trials.

The recruitment also included articles published in a local newspaper, and referrals from ongoing researches at the university. In conclusion, this was a convenience sample with patients that sought the study's outpatient service themselves and/or had been referred from basic health units and mental health facilities in the city. Inability to understand the instruments and presence of severe psychotic symptoms were all considered as exclusion criteria. A total of 500 people were evaluated, but, considering the aims of the current study, only the data of the ones in current depressive episode ($n=245$) were analyzed, in other words, the rest of the sample was excluded from the present study because they did not fulfill this criterion. Patients received no direct compensation, such as payment or something equivalent. Nevertheless, in cases in which the patient was included in the treatments offered by the clinical trials (previously cited), this treatment can be understood as compensation for their participation in the initial evaluation.

2.3 Variables

The evaluation instrument was composed of a questionnaire that was responded directly into tablets through the Open Data Kit program (Hartung et al., 2010), containing the following variables: gender, age, marital status, education, work. The economic status of the participants was verified through a scale developed by the Brazilian Association of Research Companies (ABEP) (ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003). This scale is based on the accumulation of material goods and the education level of the family chief, categorizing people among the socioeconomic classes A, B, C, D and E. Due to the fact that none of the respondents belonged to class E and that there were few individuals in classes A (1.2%) and D (5.7%), these were added to the others so that this variable could be interpreted between higher classes (A+B) and lower classes (C+D).

The evaluation of Axis I disorders was conducted through the structured clinical interview for the DSM-IV – Mini International Neuropsychiatric Interview Plus version (MINI Plus) (Sheehan et al., 1997). This is an interview adapted for the clinical setting and represents an adequate alternative for patient evaluation, according to international criteria, in both clinical and epidemiological studies (Amorim, 2000). The investigated diagnoses were the following: major depressive disorder; bipolar disorder; dysthymia; suicide risk; panic disorder; generalized social phobia; obsessive-compulsive disorder; post-traumatic stress disorder and generalized anxiety disorder. Anxiety disorders were computed into a single variable according to the presence of one of the assessed anxiety disorders². Suicide risk was also considered as a dichotomous variable and both anxiety

² This was done because low prevalence of each disorder was observed. Also, it was not this study's goal to investigate if a specific anxiety disorder was more prevalent in MDD than in BD, but to investigate if the presence of comorbidities would be a differential between these conditions. Therefore, while anxiety disorders are very different between each other, as we used an interview (MINI Plus) based on the DSM-IV-TR classification, they were summed into a single variable and analyzed solely as present or absent.

disorders and suicide risk were considered as comorbidities. The comparisons were made between groups of individuals with MDD and BD. Regarding MDD, in some cases this was the first episode and in others they were recurring. In order to consider that the patient had BD, previous occurrences of one or more manic or hypomanic episodes (in addition to being in current depressive episode) were investigated.

The diagnostic interviews were conducted by post-graduate psychology students trained for the use of the MINI, which is the instrument used in this stage of the evaluation in order to standardize it. Weekly supervisions with the participation of the raters and two teachers with a large experience in diagnosing mental disorders were realized. In addition to that, in cases in which it was difficult for the first rater to establish the diagnosis with certainty, a second rater (these being psychiatrists who were also post-graduate students) would realize a clinical diagnostic interview with the patients and then the raters would discuss the case among themselves and the supervisors to reach a consensus. No reliability tests between raters were realized, given that two professionals would only evaluate the same patient in cases of uncertainty.

The evaluation of personality traits done through the Revised NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI-R) (Costa and McCrae, 2007). This instrument is a brief version of the NEO-PI-R: an instrument based on the Big Five model proposed by Paul Costa and Robert McCrae (McCrae and Costa, 1987). The version used is constituted of 60 items, which provide a brief and comprehensive measure of the five domains of personality. The test is composed of affirmatives sentences that are answered with one of five alternatives in a *Likert* scale.

2.4 Statistical analysis

The SPSS 21 program was used for the statistical processing of the data. Univariate analysis was performed using simple frequencies. The chi-square and

ANOVA statistical tests were used in the bivariate analyses, in which results with a $p < 0.05$ were considered significant. Effect size for difference in personality factors between diagnoses was estimated through Cohen's d formula and interpreted considering Cohen (1992). The multivariate analysis included only variables with a $p \leq 0.20$ in the bivariate analyses (Victora et al., 1997). Logistic regression was used for the multivariate analysis.

2.5 Ethical procedures

All of the participants were informed about the objectives of the study and signed a "Term of Free and Informed Consent". In addition, all of the individuals that presented some sort of mental disorder were referred for specialized care at the CREMH itself or to the city's mental health network. The ethics committee of the UCPEL, numbered 502.604, approved this project.

3. Results

All of the respondents were in current depressive episode ($N=245$), most of them were female (85.7%), and ranged between 18-60 years ($M=33.5$; $sd=11.0$). Mean schooling was of 9.6 years ($sd=3.6$) and the predominant socioeconomic levels were classes C and D (70.2%). Bipolar Disorder was present in 25.3% of cases ($n=62$). Out of the 62 individuals with BD, five cases were type I and 57 type II, but they were considered as a single group during the analyses. Major Depressive Disorder was present in 74.7% ($n=183$); 78.0% presented some sort of anxiety comorbidity and suicide risk occurred in 64.9% of cases. No cases of Dysthymia were observed.

As per Table 1, there was no significant difference in the prevalence of the disorders between genders ($p=0.134$), age groups ($p=0.399$) and socioeconomic classes ($p=0.508$).

Table 1

According to Figure 1, the means of the personality factors were higher among bipolars in Neuroticism, Extraversion and Openness. The absolute means of the factors for the group with BD were the following: N=37.97 (sd=5.66); E=21.92 (sd=8.52); O=26.31 (sd=6.83); A=26.81 (sd=7.43) and C=26.55 (sd=6.51). For the group with MDD: N=36.95 (sd=5.86); E=21.73 (sd=7.67); O=25.63 (sd=6.45); A=29.66 (sd=6.47) and C=27.49 (sd=7.50). The means of Agreeableness and Conscientiousness, however, were higher among those depressed. Regardless, only the difference in Agreeableness was statistically significant ($p=0.004$) (Figure 1). The effect size for this difference can be considered as small, but clinically important ($d= -0.424$) (Cohen, 1992).

Figure 1.

In the multivariate analyses, the variables of gender, Agreeableness, suicide risk and anxiety comorbidity were tested in relation to MDD or BD presence. The data obtained from this analysis showed that suicide risk ($p= 0.365$, OR= 1.34, IC 95%= 0.70 to 2.54); gender ($p= 0.188$, OR= 0.58, IC 95%= 0.26 to 1.29) and anxiety comorbidity ($p= 0.187$, OR= 1.67, IC 95%= 0.77 to 3.59) were not significantly associated with the disorders. Therefore, the only variable that remained associated was Agreeableness ($p= 0.005$, OR= 0.94, IC 95%= 0.90 to 0.98). Every point in Agreeableness reduces the risk that the patient has bipolar disorder when in a depressive episode by 6%.

4. Discussion

The findings of the present study corroborate the data in the literature as they also point to the difficulty in differentiating between MDD and BD during a depressive episode. Besides the five factors of personality, eight sociodemographic or clinical variables that could point to differences or act as potential confounders were included,

but none of them were associated with differences between the disorders. Similar data were observed in sociodemographic variables in the studies of Coulston et al. (2013) and Barnett et al. (2011).

Some limitations of the present study should be considered. The brief version of the NEO inventories (NEO-FFI) does not allow for the analysis of facets or aspects, as suggested by Quilty et al. (2013). Aside from that, answers in self-report instruments can be influenced by personal bias, despite the proven adequacy of the NEO inventories for personality evaluation.

The variables taken to the multivariate analysis were gender, agreeableness, suicide risk and comorbidity with anxiety disorders. Aside from the statistical evidence for being taken to the multivariate analysis, which was found through the bivariate analysis, we can point reasons for considering the relationship between the variables and the outcomes, which have been proved empirically. It is known that MDD has been associated with the female gender, while BD has lesser disparity in relation to gender (American Psychiatric Association, 2013) and that its symptomatic expressions can also be different due to this variable (Lopez Molina et al., 2014). Therefore, one can understand that gender is an important variable to be evaluated in the referred analysis, also considering its role in the manifestation of personality traits (Costa and McCrae, 2007). Suicide risk and anxiety comorbidities were included due to both being related with MDD and BD and also due to the possibility of interpreting them as severity indicators. The Agreeableness factor is a dimension characterized by internal dispositions and attitudes related essentially to comprehension regarding others (Costa and McCrae, 2007). Due to being a factor related to interpersonal tendencies, it may be associated with the symptomatic manifestations of mood disorders. Besides that, one can theoretically infer approximations between this factor and characteristics of

depressive disorder, such as damage to one's own vision of self and difficulty in defending their own interests, and, on the other hand, the sensation of grandiosity and inflated self-esteem of bipolar disorder, among others.

According to the Neo-FFI's manual (McCrae and Costa, 1991), the presence of mental disorders is associated with high N scores. This pattern has been strongly related to symptoms of depression (Quilty et al., 2009) and bipolar disorder (Barnett et al., 2011). The present results pointed to the expected pattern, with high N in both cases, in agreement with the findings of Quilty et al. (2013).

High scores in E have been related to BD or manic symptoms (Murray et al., 2007; Quilty et al., 2009, 2013; Coulston et al., 2013). In the current study, the scores in this factor were very low in both disorder groups. This result may have been influenced by the fact that all of the respondents were in a depressive episode, since it was different from the results found by Coulston et al. (2013), whose BD sample was euthymic, and by Quilty et al. (2009) and Quilty et al. (2013), where current mood state was not controlled, with the exception of excluding individuals in severe manic episode. On the other hand, the study conducted by Quilty et al. (2014) to evaluate behavioral inhibition and behavioral activation sensitivity, which are constructs strongly related to Extraversion and Neuroticism, pointed that BD is related to higher behavioral activation sensitivity even during depressive episode. This result may have occurred due to considering a construct that may be more specifically related to the characteristics of BD than to the Extraversion factor of the FFM. Nevertheless, the results found in the present study were similar to those found by Barnett *et al.* (2011), who found an association between low E and depressive symptoms in patients with BD and the study conducted by Jylhä et al. (2010), which points to this same direction, as their data

showed that Neuroticism and Extraversion were not different between MDD and BD after multivariate analysis.

According to Quilty *et al.* (2013) and Barnett *et al.* (2011), higher levels of O occur in individuals with BD in comparison with MDD. Yet again, this finding was not replicated in the present study, with no differences in O between subjects with MDD or BD. According to Karsten *et al.* (2012), E and O are subject to change through the course of the mood disorder (beginning; recovery between episodes) as well as with the occurrence of anxiety disorders. The adjustment for the presence of anxiety disorders and suicide risk may clarify these result differences. Similar to the factors already mentioned, C showed no differences between both groups, as was already observed in the cited studies (Barnett *et al.*, 2011; Quilty *et al.*, 2013)

A was the only factor that presented significantly different means between BD and MDD cases, maintaining its association in the multivariate analysis. Differently from what was observed in the present investigation, where A was higher among the MDD group, Quilty *et al.* (2013) found higher scores in this factor among individuals with BD when compared with those with MDD. Barnett *et al.* (2011) pointed that BD in general presents low A and that this factor may be influenced by current mood state, however, just like Coulston *et al.* (2013), they found no differences in this factor when comparing MDD and BD cases. According to McCann (2010), low scores of A are associated with high suicide risk. Again, the adjustments during analysis of the data may explain these differences.

Thus, during depressive episodes in the studied sample, only the means of A were differentials between MDD and BD, with an increase in the former. Therefore, when aiming to establish a diagnosis during a depressive episode, higher scores in A are indicators that the more likely diagnosis is MDD.

Based on the data of the present study and the available literature, a relationship between the factors of personality and mood disorders is once more evidenced, independent from severity characteristics of the clinical condition. Current mood state may have influenced the results of the personality factors. Therefore, during depressive episodes, the differential criterion among the personality factors, based on the findings of the present study, would be higher levels of A among cases of MDD in relation to cases of BD. Regarding the remaining factors, while they may serve as differentials in other contexts, such as during periods of symptoms remission, they did not present significant differences between the two groups during a depressive mood state.

Acknowledgements

We would like to thank the funding agencies CNPq (National Council for Scientific and Technological Development) and Fapergs (Foundation for Research Support of the State of Rio Grande do Sul). For financing this work and the PhD scholarship of the first author of this paper respectively.

References

- ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003. Critério de Classificação Econômica Brasil. Available at: <http://www.abep.org/criterio-brasil>; last accessed: 10/13/2015.
- American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-V, fifth ed. Washington DC.
- Amorim, P., 2000. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 22, 106–115.
- Barnett, J.H., Huang, J., Perlis, R.H., Young, M.M., Rosenbaum, J.F., Nierenberg, a a, Sachs, G., Nimgaonkar, V.L., Miklowitz, D.J., Smoller, J.W., 2011. Personality and bipolar disorder: dissecting state and trait associations between mood and personality. *Psychol. Med.* 41, 1593–1604. doi:10.1017/S0033291710002333

- Cohen, J., 1992. A power primer. *Psychol. Bull.* 112, 155–159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Costa, P.T.J., McCrae, R.R., 2007. NEO PI-R: Inventário de Personalidade Neo Revisado e Inventário de Cinco Fatores Neo Revisado NEO FFI-R (versão curta). Vetor, São Paulo.
- Coulston, C.M., Bargh, D.M., Tanius, M., Cashman, E.L., Tufrey, K., Curran, G., Kuiper, S., Morgan, H., Lampe, L., Malhi, G.S., 2013. Is coping well a matter of personality? A study of euthymic unipolar and bipolar patients. *J. Affect. Disord.* 145, 54–61. doi:10.1016/j.jad.2012.07.012
- Harkness, K.L., Michael Bagby, R., Joffe, R.T., Levitt, A., 2002. Major Depression, Chronic Minor Depression, and the Five-Factor Model of Personality. *Eur. J. Pers.* 16, 271–281.
- Hartung, C., Anokwa, Y., Brunette, W., Lerer, A., Tseng, C., Borriello, G., 2010. Open data kit: Building information services for developing regions. Available at: <https://opendatakit.org/wp-content/uploads/2010/10/ODK-Paper-ICTD-2010.pdf>; last accessed: 10/13/2015.
- Jylhä, P., Mantere, O., Melartin, T., Suominen, K., Vuorilehto, M., Arvilommi, P., Leppämäki, S., Valtonen, H., Rytälä, H., Isometsä, E., 2010. Differences in neuroticism and extraversion between patients with bipolar I or II and general population subjects or major depressive disorder patients. *J. Affect. Disord.* 125, 42–52. doi:10.1016/j.jad.2010.01.068
- Karsten, J., Penninx, B.W.J.H., Riese, H., Ormel, J., Nolen, W. a, Hartman, C. a, 2012. The state effect of depressive and anxiety disorders on big five personality traits. *J. Psychiatr. Res.* 46, 644–50. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.01.024
- Lopez Molina, M.A., Jansen, K., Drews, C., Pinheiro, R., Silva, R., Souza, L., 2014. Major depressive disorder symptoms in male and female young adults. *Psychol. Health Med.* 19, 136–145. doi:10.1080/13548506.2013.793369
- McCann, S.J.H., 2010. Suicide, big five personality factors, and depression at the american state level. *Arch. Suicide Res.* 14, 368-374. doi:10.1080/13811118.2010.524070
- McCrae, R.R., Costa, P.T., 1987. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *J. Pers. Soc. Psychol.* 52, 81–90.
- Murray, G., Goldstone, E., Cunningham, E., 2007. Personality and the predisposition(s) to bipolar disorder: Heuristic benefits of a two-dimensional model. *Bipolar Disord.* 9, 453–461. doi:10.1111/j.1399-5618.2007.00456.x
- Quilty, L.C., Mackew, L., Bagby, R.M., 2014. Distinct profiles of behavioral inhibition and activation system sensitivity in unipolar vs. bipolar mood disorders. *Psychiatry Res.* 219, 228–231. doi:10.1016/j.psychres.2014.05.007

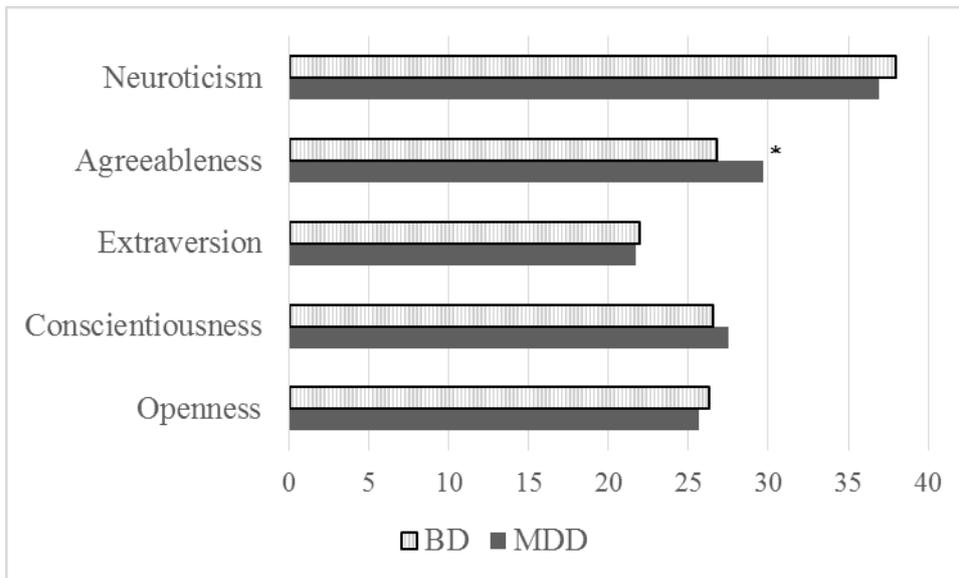
- Quilty, L.C., Pelletier, M., Deyoung, C.G., Michael Bagby, R., 2013. Hierarchical personality traits and the distinction between unipolar and bipolar disorders. *J. Affect. Disord.* 147, 247–54. doi:10.1016/j.jad.2012.11.012
- Quilty, L.C., Sellbom, M., Tackett, J.L., Bagby, R.M., 2009. Personality trait predictors of bipolar disorder symptoms. *Psychiatry Res.* 169, 159–163. doi:10.1016/j.psychres.2008.07.004
- Sheehan, D., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, a, Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M., Dunbar, G., 1997. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *Eur. Psychiatry* 12, 232–241. doi:10.1016/S0924-9338(97)83297-X
- Victora, C., Huttly, S., Fuchs, S., Olinto, M., 1997. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int. J. Epidemiol.* 26, 224–7. doi:10.1093/ije/26.1.224

Table 1. Socioeconomic and clinical variables: prevalence differences between individuals with MDD and BD during a depressive episode, Brazil (2015).

	MDD n (%)	BD n (%)	<i>p</i>	PR for BD (95% CI)
Gender			0.134	
Female	160 (87.4)	50 (80.6)		0.69 (0.41-1.17)
Male	23 (12.6)	12 (19.4)		Reference
Age			0.399	
18-24	44 (24.0)	12 (19.4)		Reference
25-39	85 (46.4)	40 (64.5)		1.49 (0.85-2.62)
40>	54 (29.5)	10 (16.1)		0.72 (0.34-1.56)
Schooling (years of study)			0.201	
1-8	70 (38.2)	25 (40.3)		Reference
9-11	60 (32.8)	27 (43.5)		1.18 (0.74-1.87)
12>	53 (29.0)	10 (16.1)		0.60 (0.31-1.17)
Socioeconomic class			0.508	
Higher classes	55 (30.1)	18 (29.0)		Reference
Lower classes	128 (69.9)	44 (71.0)		1.04 (0.64-1.67)
Marital status			0.400	
Yes	92 (50.3)	33 (53.2)		1.09 (0.71-1.68)
No	91 (49.7)	29 (46.8)		Reference
Employed			0.479	
Yes	80 (43.7)	28 (45.2)		1.04 (0.68-1.61)
No	103 (56.3)	34 (54.8)		Reference
Suicide risk			0.158	
Yes	115 (62.8)	44 (71.0)		1.32 (0.82-2.14)
No	68 (37.2)	18 (29.0)		Reference
Anxiety comorbidity*			0.097	
Yes	137 (74.9)	52 (83.9)		1.54 (0.84-2.83)
No	42 (25.1)	10 (16.1)		Reference

*Variable with missing value.

Figure 1. Differences in personality traits between individuals with MDD and BD during a depressive episode, Brazil (2015).



* mean difference is significant at 0.05

Artigo II

“Traços Big Five e condições clínicas como diferenciais da presença de Transtorno de Personalidade Borderline durante episódio depressivo”

“Big Five and Clinical Conditions as Differentials of Borderline Personality Disorder Presence During Depressive Episode”

O artigo foi submetido à revista *Journal of personality disorders*

Resumo

A comorbidade entre Transtorno Depressivo Maior (TDM) e Transtorno da Personalidade *Borderline* (TPB) é uma condição que implica especificidades em relação a prognóstico e tratamento. Esse estudo teve o objetivo de investigar diferenças em relação a aspectos clínicos e traços de personalidade entre indivíduos em episódio depressivo atual com e sem TPB, com a intenção de apontar características diferenciais entre esses casos. Dados sobre traços de personalidade (NEO-FFI); transtornos de humor e ansiedade (*Mini International Neuropsychiatric Interview Plus*); transtornos da personalidade (MCMI-III) e variáveis sociodemográficas foram coletados em uma amostra de 149 indivíduos em episódio depressivo atual. Desses, 40 indivíduos também tiveram o diagnóstico de TPB e os demais (109) tiveram somente o diagnóstico de TDM. Os grupos foram comparados por meio de análises bivariadas (teste qui-quadrado) e multivariadas (regressão de Poisson). Estiveram associados à presença de TPB a presença de risco de suicídio, de comorbidades do *Cluster A* e do *Cluster C* e menores níveis de Conscienciosidade. Sendo assim, a presença de TPB esteve associada a indicadores de severidade e características do fator Conscienciosidade podem diferenciar esses quadros, endossando a utilidade clínica da teoria Big Five e a compreensão espectral do TPB.

Palavras-chave: Transtorno Depressivo Maior, Transtorno da Personalidade *Borderline*, episódio depressivo, *Big Five*.

Abstract

Comorbidity between Major Depressive Disorder (MDD) and Borderline Personality Disorder (BPD) is a condition which implies specificity regarding prognosis and treatment. This study aimed to investigate differences in relation to clinical aspects and personality traits between individuals in current depressive episode with and without BPD, with the intent of pointing out differential characteristics between them. Data about personality traits (NEO-FFI); about mood and anxiety disorders (Mini International Neuropsychiatric Interview Plus); about personality disorders (MCMI-III) and sociodemographic variables were collected in a sample of 149 individuals under current depressive episode. Out of these, 40 also had diagnosis of BPD, and the rest (109) only had the diagnosis of MDD. The groups were compared by means of bivariate (chi-square test) and multivariate (Poisson regression) analyses. The variables associated with BPD presence were higher presence of suicide risk, of Cluster A and Cluster C comorbidities and lower levels of Conscientiousness. Therefore, BPD presence was associated with indicators of severity, and the characteristics of the Conscientiousness factor may differentiate between these conditions, highlighting the clinical utility of the Big Five theory and spectral comprehension of BPD.

Keywords: Major Depressive Disorder, Borderline Personality Disorder, depressive episode, Big Five.

O Transtorno Depressivo Maior é caracterizado pela presença de um ou mais episódios de humor triste acompanhado de manifestações somáticas e cognitivas, com duração de duas semanas, nos quais pelo menos um dos sintomas é humor deprimido ou perda de interesse ou prazer (American Psychiatric Association, 2013). Conforme a Federação Mundial de Saúde Mental, o Transtorno Depressivo Maior (TDM) será a doença mais comum no mundo em 2030 (World Federation For Mental Health, 2012). Os prejuízos provocados pelos sintomas do TDM são queixas recorrentes nos serviços de saúde mental. Além do sofrimento causado pela própria doença, os pacientes acometidos com esse transtorno frequentemente apresentam algum transtorno da personalidade como comorbidade (Friborg et al., 2014), em especial, o Transtorno da Personalidade *Borderline* (TPB) (Zimmerman & Morgan, 2013; Zimmerman, Rothschild & Chelminski, 2005).

Os transtornos de personalidade podem ser descritos como padrões de experiência interna e comportamental que se desviam de forma acentuada do esperado para o contexto cultural em que o indivíduo está inserido, tendo manifestações em diversos âmbitos da vida do sujeito e como uma das características principais a inflexibilidade (American Psychiatric Association, 2013). O TPB, especificamente, pressupõe um padrão de instabilidade nas relações interpessoais, nos investimentos afetivos e na autoimagem, acompanhada de grande impulsividade (American Psychiatric Association, 2013). A presença de ambos os diagnósticos, TDM e TPB, é um indicador significativo de aumento na quantidade de tentativas de suicídio (Zeng et al., 2015), começo precoce dos episódios depressivos e maior duração da doença (Sjastad, Grawe & Egeland, 2012).

Nesse sentido, a falha em identificar casos de comorbidade entre TDM e TPB acarreta problemas à determinação de prognóstico e ao planejamento e execução do

tratamento (Zimmerman & Morgan, 2013). Alguns estudos têm sido realizados com o intuito de investigar a frequência e as características da comorbidade entre TPB e TDM. Uma meta-análise envolvendo 122 estudos sobre a prevalência de Transtornos da Personalidade (TP) em Transtornos de Humor apontou que em 14% dos casos de TDM, TPB também foi encontrado, sendo o segundo TP mais comum em casos de depressão (Friborg et al., 2014). No estudo de Zimmerman *et al.* (2005), em uma amostra de 384 indivíduos com TDM, 12,2% (n= 47) manifestou TPB. De forma semelhante, amostras de pacientes com TPB apresentam prevalência de TDM em torno de 12 a 15%, considerando casos de episódio depressivo atual (Sjastad et al., 2012; Zimmerman et al., 2005). Entretanto, esse percentual aumenta para entre 70 a 83% quando considerado o diagnóstico de TDM e demais transtornos depressivos (essencialmente distímia) ao longo da vida (Köhling, Ehrental, Levy, Schauenburg & Dinger, 2015; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004).

Conforme Zimmerman e Morgan (2013), mesmo com os esforços em estudar os casos em que esses transtornos coexistem, o TPB ainda é subdiagnosticado em casos de TDM. Nos casos em que há a suspeita de depressão, sintomas como humor deprimido, fadiga, alterações no apetite e no ciclo de sono e vigília podem ser priorizados pela avaliação clínica, pois, à primeira vista, seriam mais incômodos aos pacientes. Já características comportamentais estáveis ao longo do tempo, mesmo desadaptativas, como as que caracterizam o TPB, podem ser omitidas pelo paciente e negligenciadas na investigação diagnóstica. Além disso, muito frequentemente as entrevistas de avaliação não são estruturadas, o que pode contribuir ao subdiagnóstico (Zimmerman & Mattia, 1999).

Nesse sentido, é evidente a importância de que a avaliação diagnóstica investigue a comorbidade entre TPB e TDM; entretanto, especialmente durante

episódios depressivos, pode ser difícil estabelecer esses diagnósticos de forma acurada e objetiva. Portanto, a determinação de aspectos que possam auxiliar a diferenciar os casos com e sem comorbidade pode ser muito proveitosa (Galione & Zimmerman, 2010). Nesse contexto, a teoria *Big Five* (ou *Five Factor Model* – FFM) dos traços de personalidade aparece como uma ferramenta privilegiada (Widiger, 2005), pois diferentes padrões desses traços têm sido associados tanto à presença de sintomas de TDM, com baixos índices em Extroversão e Conscienciosidade e altos em Neuroticismo (Karsten et al., 2012), como à presença de TPB, que frequentemente tem sido associada a níveis muito altos de Neuroticismo e baixos de Amabilidade e Conscienciosidade (Clarkin, Hull, Cantor & Sanderson, 1993; Rossier et al., 2008). Dessa forma, o estabelecimento dos traços de personalidade como diferencial nos casos de comorbidades entre TDM e TPB parece promissor; contudo, resultados diversos entre os estudos realizados até o momento apontam que essas diferenças ainda não foram bem estabelecidas (Friborg et al., 2014; Köhling et al., 2015). O presente trabalho teve o objetivo de investigar diferenças clínicas e dos traços de personalidade entre indivíduos com e sem Transtorno da Personalidade *Borderline* em episódio depressivo atual. Foi adotada a hipótese de que a presença do TPB está associada a níveis mais altos de Neuroticismo e maior risco de suicídio atual.

MÉTODO

DELINEAMENTO

Este foi um estudo transversal aninhado a um estudo maior, cujo objetivo foi avaliar o perfil de saúde mental de pacientes que buscaram atendimento no Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental (APESM) da Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

AMOSTRA

Foram convidados a participar do estudo indivíduos com idades entre 18 e 60 anos. O APESM contactou, entre julho de 2012 e agosto de 2014, os demais serviços da rede de saúde pública, incluindo as Unidades Básicas de Saúde e o Ambulatório de Saúde Mental para promover a pesquisa e os tratamentos oferecidos.

Os pacientes que procuraram o serviço foram convidados a fazer parte de uma pesquisa composta por um questionário contendo informações a respeito de seu estado geral de saúde, dados sociodemográficos e comportamentais, e uma avaliação psicopatológica específica. Essa avaliação serviu para verificar se o paciente cumpria critérios para algum dos diagnósticos (Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Bipolar, Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtorno de Estresse Pós-traumático), para os quais eram oferecidos tratamentos por meio de ensaios clínicos.

O recrutamento também incluiu a publicação de artigos em jornais locais e encaminhamentos de outras pesquisas feitas na Universidade. Dessa forma, essa foi uma amostra de conveniência, composta por pacientes que buscaram o serviço por conta própria e/ou foram encaminhados pelas demais pesquisas ou serviços de saúde da cidade. A incapacidade de compreender os questionários e a presença de sintomas psicóticos severos foram consideradas critérios de exclusão.

Foram avaliadas 365 pessoas; entretanto, considerando os objetivos do presente estudo, somente os dados daqueles que estavam em episódio depressivo atual, sem nenhum outro diagnóstico de transtorno de humor, foram analisados (n= 149). Portanto, os casos que não apresentavam nenhum transtorno de humor (n= 165) e os casos de Transtorno Bipolar (n= 51) foram excluídos. Os pacientes não receberam nenhuma

compensação direta, como pagamento ou algo equivalente, de modo que a participação na avaliação foi voluntária.

VARIÁVEIS

O instrumento de avaliação foi composto por um questionário respondido diretamente em *tablets* com o uso do programa *Open Data Kit* (Hartung et al., 2010), contendo as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, escolaridade e trabalho atual. O nível socioeconômico foi verificado por meio de uma escala desenvolvida pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) (ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2003). Essa escala é baseada no acúmulo de bens de consumo e no nível de escolaridade da pessoa que possui a maior renda na família, categorizando os indivíduos entre as classes socioeconômicas A, B, C, D e E. Porém, neste estudo as categorias A e B, C e D foram agrupadas, e nenhum dos respondentes fez parte da classe E.

A avaliação dos transtornos de Eixo I foi feita por meio da entrevista clínica estruturada “*Mini International Neuropsychiatric Interview Plus version*” (MINI-Plus) (Sheehan et al., 1997) usado para padronizar a avaliação diagnóstica. Desenvolvida com base nos critérios diagnósticos do DSM-IV, essa entrevista foi adaptada para o contexto brasileiro e representa uma alternativa adequada para a avaliação de pacientes, de acordo com critérios internacionais, tanto no meio clínico como em estudos epidemiológicos (Amorim, 2000). Os diagnósticos investigados foram os seguintes: Transtorno Depressivo Maior; Transtorno Bipolar; Distímia; risco de suicídio; Transtorno de Pânico; Fobia Social Generalizada; Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Transtorno de Ansiedade Generalizada. As entrevistas diagnósticas foram realizadas por psicólogos estudantes de pós-graduação

treinados para o uso da MINI-Plus. Foram realizadas supervisões semanais com a participação de todos os avaliadores e dois professores com ampla experiência em diagnóstico de transtornos mentais. Além disso, em casos em que o avaliador tivesse dificuldade em estabelecer com certeza o diagnóstico, um segundo avaliador (nesse caso, psiquiatras, também estudantes da pós-graduação) realizava uma entrevista diagnóstica clínica com o paciente, e então ambos os avaliadores discutiam o caso entre eles e com os supervisores, para chegar a um consenso sobre qual o diagnóstico mais adequado. Não foram realizados testes de fidedignidade entre avaliadores, posto que, somente em situações de dúvida diagnóstica dois profissionais avaliaram o mesmo paciente. Os Transtornos de ansiedade foram computados em uma única variável e considerados de acordo com a presença de algum dos transtornos de ansiedade avaliados³. Risco de suicídio também foi considerado como uma variável dicotômica e ambos, transtornos de ansiedade e risco de suicídio foram considerados como comorbidades. As comparações foram feitas entre os grupos de indivíduos somente com TDM e aqueles que apresentavam TDM e TPB.

A avaliação dos traços de personalidade foi feita utilizando o NEO *Five-Factor Inventory* (NEO-FFI) (Costa & McCrae, 2007). Esse instrumento é a versão breve do NEO-PI-R, teste baseado no modelo *Big Five* dos traços de personalidade proposto por Paul Costa e Robert McCrae (1987). A versão utilizada é composta por 60 itens que fornecem uma medida breve e compreensiva dos cinco domínios da personalidade. Os itens são sentenças afirmativas e o indivíduo deve marcar qual das cinco alternativas

³ Esse procedimento foi adotado em função da baixa prevalência de cada um dos transtornos de ansiedade avaliados. Além disso, não foi um dos objetivos do estudo investigar se algum dos transtornos de ansiedade era mais prevalente nos casos de TPB, mas avaliar se a presença de comorbidades pode ser um diferencial dessa condição. Sendo assim, os transtornos de ansiedade foram somados em uma única variável e avaliados enquanto presença ou ausência de comorbidades de ansiedade.

fornecidas em escala *Likert* (de “discordo fortemente” a “concordo fortemente”) melhor o descreve em relação àquela afirmação. O NEO-FFI foi corrigido e interpretado conforme as normas do manual. Para a classificação em relação aos dados normativos (conforme as médias), nas análises iniciais foram consideradas cinco categorias: baixo; muito baixo; médio; alto e muito alto. Para a análise multivariada, os dados foram categorizados em três níveis: muito baixo e baixo; médio; alto e muito alto.

O Transtorno da Personalidade *Borderline* foi avaliado pelo *Millon Clinical Multiaxial Inventory – III* (MCMI-III) (Millon, 1997). O MCMI-III é um instrumento composto por 175 itens com respostas dicotômicas (“sim” e “não”), que avalia 14 padrões de personalidade patológica e dez síndromes clínicas conforme o modelo proposto por Millon. Esse é, portanto, um instrumento que avalia aspectos psicopatológicos da personalidade e seu uso é indicado para casos em que há suspeita de transtornos mentais, ou para acompanhamento em saúde mental. A validação do MCMI-III vem sendo realizada no Brasil e alguns dados com amostras clínicas já foram divulgados (Rocha, Sousa, Alchieri, Sales, & Alencar, 2011). A prevalência mínima que indica presença de Transtorno da Personalidade (TP) é 85% (Craig, 2005; Millon, 1997). Conforme a categorização dos TPs proposta no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), além do TPB, Transtornos da Personalidade do *Cluster* A (esquizoide, esquizotípica e paranoide), do *Cluster* C (evitativa, dependente e obsessivo-compulsiva) e os demais transtornos do *Cluster* B (antissocial, histriônica e narcisista) foram considerados nas análises como comorbidades.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os pacotes estatísticos IBM SPSS 21 e STATA 12 foram usados para o processamento e a análise dos dados. Análises univariadas foram realizadas por meio de

frequências simples. O teste chi-quadrado foi utilizado nas análises bivariadas, em que resultados com $p < 0,05$ foram considerados significativos. A análise multivariada incluiu somente as variáveis com $p \leq 0,20$ nas análises bivariadas (Victora, Huttly, Fuchs & Olinto, 1997). Para a análise multivariada foi usada regressão de Poisson com variância robusta, sendo que as variáveis foram ajustadas para as do mesmo nível e possíveis confundidores (variáveis dos níveis anteriores).

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram um “Termo de consentimento livre e esclarecido”. Além disso, todos os participantes que apresentaram algum tipo de transtorno mental foram encaminhados a tratamento especializado no próprio APESM ou em outro local da rede pública de saúde mental da cidade. O projeto da presente pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UCPel, sob o número 502.604.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 149 pessoas que estavam em episódio depressivo atual e cumpriram os demais critérios para inclusão nesse estudo. Dessas, 87,2% ($n = 130$) eram mulheres. A média de idade foi de 33,6 anos ($dp = 11,19$) e a média de escolaridade foi de 9,7 anos de estudo ($dp = 3,68$). A maioria dos participantes estava nas classes socioeconômicas C e D (70,5%). Aproximadamente metade da amostra vivia com companheiro no momento da avaliação e não estava empregada. O TPB ocorreu em 26,8% dos casos ($n = 40$). A prevalência de risco de suicídio atual foi de 59% e a presença de algum transtorno de ansiedade ocorreu em 75,2% dos casos. Já em relação

às comorbidades com outros Transtornos da Personalidade, o *Cluster A* teve prevalência de 40,9%, o *Cluster B* de 68,4%, e o *Cluster C* de 43,6%.

A Tabela 1 apresenta os dados das análises bivariadas em relação às exposições sociodemográficas e clínicas. Somente risco de suicídio e a presença de comorbidades do *Cluster A* e do *Cluster C* estiveram significativamente associados à presença do TPB. Além dessas variáveis, apenas sexo cumpriu critério para a análise multivariada.

Tabela 1.

Os fatores de personalidade foram categorizados em cinco e três grupos em função das pontuações médias e sua classificação em relação às normas brasileiras e os dados para essas análises foram os seguintes. Considerando as cinco categorias, em Neuroticismo a classificação passou de “alto”, nos casos de TDM, para “muito alto” na presença de TPB; em Extroversão, passou de “baixo” a “muito baixo”; em Amabilidade e Conscienciosidade, de “médio” para “baixo”, e em Abertura ambos os grupos foram classificados no nível “baixo”. Na Tabela 2 estão os dados das análises bivariadas considerando as prevalências das distribuições dos traços de personalidade (*Big Five*) em três categorias em relação aos grupos com e sem TPB.

Tabela 2.

Conforme a Tabela 2, a distribuição do fator Abertura não apresentou diferenças significativas entre os grupos. Também não foi encontrada significância estatística nas diferenças observadas nos fatores Extroversão e Neuroticismo, apesar de uma clara tendência linear que apontou maiores prevalências na categoria “baixo e muito baixo” no primeiro caso (fator E), e “alto e muito alto” no segundo (fator N). Já nos dados dos fatores Amabilidade e Conscienciosidade, nota-se que as distribuições foram significativamente diferentes, com prevalências maiores na categoria “baixo e muito baixo” nos casos com TPB.

Na análise multivariada, as variáveis sexo, Conscienciosidade, Extroversão, Amabilidade, Neuroticismo, risco de suicídio e as comorbidades com transtornos dos *Clusters* A e C foram testadas em relação à presença de TPB. Os dados obtidos nessa análise indicaram que sexo ($p= 0,284$, $RC= 1,80$, $IC\ 95\%= 0,61$ a $5,29$); Extroversão ($p= 0,332$, $RC= 0,73$, $IC\ 95\%= 0,39$ a $1,36$); Neuroticismo ($p= 0,190$, $RC= 3,30$, $IC\ 95\%= 0,55$ a $19,75$) e Amabilidade ($p= 0,082$, $RC= 0,69$, $IC\ 95\%= 0,46$ a $1,04$) não foram significativamente associadas com a presença de TPB. Dessa forma, as variáveis que permaneceram associadas ao desfecho foram Conscienciosidade ($p= 0,026$, $RC= 0,55$, $IC\ 95\%= 0,33$ a $0,93$); risco de suicídio ($p= 0,017$, $RC= 2,15$, $IC\ 95\%= 1,14$ a $4,05$); comorbidade do *Cluster* A ($p= 0,010$, $RC= 2,61$, $IC\ 95\%= 1,25$ a $5,42$) e comorbidade do *Cluster* C ($p= 0,045$, $RC= 1,03$, $IC\ 95\%= 1,00$ a $1,07$). Considerando esses resultados, o aumento em cada nível de Conscienciosidade (de “muito baixo e baixo” para “médio”, por exemplo) reduziu o risco de se tratar de comorbidade com TPB em 45%, nessa amostra. A presença de risco de suicídio, bem como a de comorbidades do *Cluster* A, aumentam em mais de duas vezes a probabilidade de se tratar de um caso de TPB. Já para as comorbidades do *Cluster* C, o efeito observado foi menor, com acréscimo de 3% nessa possibilidade. O modelo formado por essas quatro variáveis foi estatisticamente significativo ($Prob > \chi^2 < 0,001$; $Wald\ \chi^2\ (4)= 69,65$; $Pseudo-R^2= 0,166$).

DISCUSSÃO

Foi encontrada alta prevalência de TPB na amostra avaliada. Embora similar ao estudo de Riihimäki, Vuorilehto e Isometsä (2014), o percentual difere de dados anteriores que indicaram uma prevalência ao redor de 10% de TPB em pacientes com TDM (Brieger, Ehrt & Marneros, 2003; Galione & Zimmerman, 2010; Zimmerman et

al., 2005). Acredita-se que esse dado pode ser indicativo de um alto grau de severidade clínica dos casos avaliados na presente pesquisa, o que também é reforçado pelas altas prevalências de risco de suicídio e demais comorbidades, que serão discutidas ao longo dessa seção.

Nenhum dos dados sociodemográficos esteve associado à presença de TPB. Isso difere dos dados de (Galione & Zimmerman, 2010), cujos resultados apontaram que, em uma grande amostra de pacientes deprimidos (n= 1048), aqueles com TPB tiveram média de idade mais baixa, menores níveis de escolaridade e a maioria não era casado. Contudo, em uma pesquisa com tamanho amostral semelhante ao desse estudo (n= 137), entre os dados sociodemográficos só foi encontrada diferença em relação a estar empregado atualmente, com maior número de desempregados entre os pacientes com TPB (Riihimäki et al., 2014). Logo, acredita-se que a disparidade nos tamanhos amostrais sejam a causa dessas diferenças.

Alta prevalência de risco de suicídio atual foi encontrada ao considerar a amostra total. Esse dado era esperado, pois tanto em amostras populacionais como em amostras ambulatoriais a presença de transtorno de humor tem sido considerada um dos maiores fatores de risco para comportamentos suicidas (Bertolote, Mello-santos & Botega, 2010; Gabilondo et al., 2007; Seo et al., 2014) e, conforme o DSM-V, a possibilidade de ocorrência desses comportamentos é constante durante os episódios depressivos (American Psychiatric Association, 2013). Além disso, o risco de suicídio é estreitamente associado ao TPB (Leichsenring, Leibing, Kruse, New & Leweke, 2011) e, as prevalências de tentativas de suicídio, bem como de comportamentos a elas associados, encontradas em estudos anteriores têm sido constantemente mais altas nesses casos (Galione & Zimmerman, 2010; Joyce et al., 2003; Leichsenring et al., 2011; Riihimäki et al., 2014; Zeng et al., 2015).

Considerando a comparação entre os grupos com e sem TPB, nota-se que a presença deste transtorno da personalidade esteve associada a um aumento significativo na proporção do risco de suicídio atual. A pesquisa realizada por Zeng et al. (2015) encontrou, entre pacientes com TDM que tinham histórico de tentativa de suicídio passada, que 57,9% deles também tinham diagnóstico de TPB. Além disso, a mesma pesquisa apontou que, entre os casos com histórico de episódio depressivo prévio, a presença de cada critério para TPB causava um aumento de 29% na chance de tentativa de suicídio. Semelhantemente, Galione e Zimmerman (2010) também encontraram maiores prevalências de tentativas passadas de suicídio em pacientes com TPB do que entre os pacientes que tinham somente TDM. Dessa forma, os dados do presente estudo reforçam esta associação.

A presença de comorbidade com transtornos de ansiedade foi a única variável clínica que não esteve associada ao desfecho. Conforme a meta-análise realizada por Köhling et al. (2015), entre sete estudos com amostras de pacientes em episódio depressivo atual, a presença de TPB esteve associada a altos níveis de ansiedade em dois estudos, e nos demais não foram encontradas diferenças entre os grupos quanto a esse aspecto. Portanto, é provável que a ansiedade não exerça grande influência na diferença entre os grupos, mas esse dado ainda carece de maiores comprovações.

As comorbidades do *Cluster B* não foram significativamente diferentes entre os grupos com e sem TPB. Esse dado pode indicar que o TDM está fortemente relacionado aos transtornos da personalidade do *Cluster B*, e por esse motivo a comorbidade com os demais transtornos desse *Cluster* não serviu como diferencial no presente estudo. Isso pode ser interpretado em função da possível sobreposição de sintomas (como labilidade emocional, distorção da autoimagem, etc.) do TDM com os transtornos do *Cluster B* (American Psychiatric Association, 2002).

Para os demais *Clusters*, conforme a análise bivariada, entre os indivíduos com TPB, três quartos tinham algum diagnóstico dos *Clusters* A e C, o que indica um alto índice de comorbidade entre os *Clusters*. No estudo conduzido por Riihimäki et al. (2014), pacientes deprimidos sem TPB tiveram mais comorbidades com os demais transtornos do *Cluster* B; em relação ao *Cluster* C, as distribuições não foram diferentes entre os grupos, e o *Cluster* A esteve mais presente nos casos com TPB. Uma das características do TPB, conforme o DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002), é a presença de ideias paranoides transitórias, sintoma bastante correlato aos transtornos do *Cluster* A. Nesse sentido, acredita-se que o padrão instável dos afetos auto dirigidos e das relações interpessoais do TPB possam ser mantidos ou estarem atrelados a mecanismos cognitivos acentuadamente correlatos a manifestações típicas dos transtornos do *Cluster* A, como, por exemplo, o padrão difuso de desconfiança e suspeita em relação aos outros e a percepção distorcida sobre humilhações e ataques dirigidos a si, presentes no Transtorno da Personalidade Paranoide. Portanto, a associação com comorbidades do *Cluster* A parece ser um dado congruente do ponto de vista clínico e em relação à literatura, apesar de ainda serem necessários mais esforços no sentido de validar de forma consistente essa associação.

Em relação aos fatores de personalidade, nos casos de TPB prevalências mais altas foram observadas na categoria “baixo e muito baixo” de Conscienciosidade, Amabilidade e Extroversão, bem como na categoria “alto e muito alto” de Neuroticismo, as duas últimas sem significância estatística, mas com tendência linear. Considerando o comparativo com os dados normativos, os resultados foram replicados com mudança na classificação em todos os fatores (nos mesmos sentidos descritos anteriormente), exceto em Abertura. O mesmo padrão foi apontado por Wright, Hopwood e Zanarini, (2015) que, em relação aos sintomas de TPB, encontraram

correlações positivas com Neuroticismo e negativas para os demais fatores, com exceção de Abertura, que não apresentou associação com os sintomas, como no presente estudo. Mesmo em amostras culturalmente diversas (Hoffman, Buteau & Fruzzetti, 2007) e considerando auto-relato combinado ao relato de familiares (Rossier et al., 2008), estudos anteriores apontaram um padrão semelhante, em que a distribuição dos traços de personalidade dos pacientes com TPB indicava alto Neuroticismo, Extroversão e Abertura sem correlação (ou em níveis médios em ambos os grupos), e Amabilidade e Conscienciosidade com correlação negativa (ou níveis mais baixos). No mesmo sentido, o estudo conduzido por Hopwood, Donnellan e Zannarini, (2010) mostrou que sintomas agudos de TPB estavam associados a baixos índices de Amabilidade e Conscienciosidade. Considerando os dados do presente estudo, nota-se que foi reforçado o padrão dos traços de personalidade que, conforme a literatura, se associa ao TPB.

A presença de comorbidades entre TPB e os diferentes *Clusters* dos transtornos da personalidade, mais evidente nos transtornos do *Cluster A*, reforça uma das questões que fundamentam a abordagem alternativa aos transtornos da personalidade proposta pelo DSM-V; ou seja, com frequência, quando um indivíduo atende aos critérios para um TP específico, também atende critérios para outros transtornos da personalidade (American Psychiatric Association, 2013). Segundo o mesmo modelo, a maioria dos traços de personalidade patológicos propostos como critérios para o TPB correspondem ao fator Neuroticismo da teoria *Big Five*. Em casos de pacientes em episódio depressivo, esse fator pode ser pouco útil como diferencial em relação ao TPB por estar associado a ambos os quadros clínicos (TDM e TPB). Portanto, a associação de TPB com um padrão de baixa Conscienciosidade, além de replicar dados de estudos anteriores, também reforça a nova abordagem proposta pelo DSM-V. O polo negativo

desse fator corresponde teoricamente aos traços “Impulsividade” e “Exposição a riscos”, ambos propostos como critérios-chave no referido Manual e fortemente associados aos padrões comportamentais do TPB (American Psychiatric Association, 2013).

Os resultados desse estudo devem ser interpretados considerando algumas limitações. O tamanho amostral pode ter minimizado a influência de algumas variáveis em função das próprias características do estudo (mesmo que este tenha sido congruente com os dos demais trabalhos sobre o tema). Além disso, o uso de um instrumento auto-aplicado pode ter superestimado a prevalência de TPB. Alguns autores apontam que o uso de questionários pode superestimar a ocorrência de TPs em relação às entrevistas estruturadas (Friborg et al., 2014). Apesar disso, prevalências semelhantes também já foram encontradas anteriormente (Riihimäki et al., 2014) e o MCMI-III é um instrumento amplamente utilizado em estudos sobre transtornos da personalidade (Craig, 2005; Millon, 1997). Portanto, não se acredita que o uso de instrumento de auto-relato possa ter comprometido os dados do presente estudo.

Tendo em conta os resultados já discutidos o modelo resultante da análise multivariada que indicou as variáveis risco de suicídio, comorbidades com os *Clusters* A e C, e o fator Conscienciosidade como preponderantes na diferenciação entre indivíduos em episódio depressivo com e sem TPB parece bastante apropriado. Concluindo, os casos de TPB entre pacientes deprimidos podem ser frequentes e as diferenças apresentadas pelos pacientes com essa comorbidade devem ser consideradas durante sua avaliação e tratamento. Condições clínicas, tais como a presença de risco de suicídio atual, comorbidades com outros transtornos da personalidade e um padrão desadaptativo dos traços de personalidade, caracterizado principalmente por níveis baixos de Conscienciosidade, devem servir como alertas durante episódios depressivos

para que a comorbidade com TPB não seja negligenciada nesses casos. Sugere-se que futuros estudos investiguem de forma mais detalhada a sobreposição de sintomas entre os diferentes TPs e a influência das facetas dos traços de personalidade, para uma diferenciação mais específica dos casos com a comorbidade de TDM com TPB.

Referências

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2003). Critério de Classificação Econômica Brasil. Retrieved from www.abep.org/new/codigosCondutas.aspx

American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth ed. text revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-V* (5th ed.). Washington DC.

Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106–115.

Barnett, J. H., Huang, J., Perlis, R. H., Young, M. M., Rosenbaum, J. F., Nierenberg, a a, ... Smoller, J. W. (2011). Personality and bipolar disorder: dissecting state and trait associations between mood and personality. *Psychological Medicine*, 41, 1593–1604. <http://doi.org/10.1017/S0033291710002333>

Bertolote, J. M., Mello-santos, C. De, & Botega, N. J. (2010). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica Detecting suicide risk at psychiatric emergency services. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(Suplemento II), 87–95.

Brieger, P., Ehrt, U., & Marneros, A. (2003). Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *44*(1), 28–34. <http://doi.org/10.1053/comp.2003.50009>

Clarkin, J. F., Hull, J. W., Cantor, J., & Sanderson, C. (1993). Borderline Personality Disorder and Personality Traits: A Comparison of. *Psychological Assessment*, *5*(4), 472–476.

Costa, P. T. J., & McCrae, R. R. (2007). *NEO PI-R: Inventário de Personalidade Neo Revisado e Inventário de Cinco Fatores Neo Revisado NEO FFI-R (versão curta)*. São Paulo: Vetor.

Coulston, C. M., Bargh, D. M., Tanius, M., Cashman, E. L., Tufrey, K., Curran, G., ... Malhi, G. S. (2013). Is coping well a matter of personality? A study of euthymic unipolar and bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, *145*(1), 54–61. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.012>

Craig, R. J. (2005). *New Directions in Interpreting the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*. Hoboken: Wiley.

Friborg, O., Martinsen, E. W., Martinussen, M., Kaiser, S., Overgård, K. T., & Rosenvinge, J. H. (2014). Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of Affective Disorders*, *152-154*, 1–11. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.023>

Gabilondo, A., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., ... Maria Haro, J. (2007). Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. *Medicina Clínica*, *129*(13), 494–500. <http://doi.org/10.1157/13111370>

Galione, J., & Zimmerman, M. (2010). A comparison of depressed patients with and without borderline personality disorder: implications for interpreting studies of the

validity of the bipolar spectrum. *Journal of Personality Disorders*, 24(6), 763–772.
<http://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.6.763>

Harkness, K. L., Michael Bagby, R., Joffe, R. T., & Levitt, A. (2002). Major Depression, Chronic Minor Depression, and the Five-Factor Model of Personality. *European Journal of Personality*, 16(4), 271–281.

Hartung, C., Anokwa, Y., Brunette, W., Lerer, A., Tseng, C., & Borriello, G. (2010). Open data kit: Building information services for developing regions. In *Proc. of ICTD*.

Hoffman, P. D., Buteau, E., & Fruzzetti, A. E. (2007). Borderline personality disorder: NEO-Personality Inventory ratings of patients and their family members. *The International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 204–215.
<http://doi.org/10.1177/0020764006074924>

Hopwood, C. J., Donnellan, M. B., & Zanarini, M. C. (2010). Temperamental and acute symptoms of borderline personality disorder: associations with normal personality traits and dynamic relations over time. *Psychological Medicine*, 40(11), 1871–8. <http://doi.org/10.1017/S0033291709992108>

Joyce, P. R., Mulder, R. T., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Sullivan, P. F., & Cloninger, R. C. (2003). Borderline personality disorder in major depression: Symptomatology, temperament, character, differential drug response, and 6-month outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 44(1), 35–43.
<http://doi.org/10.1053/comp.2003.50001>

Jylhä, P., Mantere, O., Melartin, T., Suominen, K., Vuorilehto, M., Arvilommi, P., ... Isometsä, E. (2010). Differences in neuroticism and extraversion between patients with bipolar I or II and general population subjects or major depressive disorder

patients. *Journal of Affective Disorders*, 125(1-3), 42–52.
<http://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.068>

Karsten, J., Penninx, B. W. J. H., Riese, H., Ormel, J., Nolen, W. a, & Hartman, C. a. (2012). The state effect of depressive and anxiety disorders on big five personality traits. *Journal of Psychiatric Research*, 46(5), 644–50.
<http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.01.024>

Köhling, J., Ehrental, J. C., Levy, K. N., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2015). Quality and Severity of Depression in Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Psychology Review*, 37, 13–25.
<http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.002>

Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74–84.
[http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *PloS One*, 364, 453–461. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)

Lopez Molina, M. A., Jansen, K., Drews, C., Pinheiro, R., Silva, R., & Souza, L. (2014). Major depressive disorder symptoms in male and female young adults. *Psychology, Health & Medicine*, 19(2), 136–145.
<http://doi.org/10.1080/13548506.2013.793369>

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 81–90. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3820081>

Millon, T. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory - III: manual*. (2nd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Murray, G., Goldstone, E., & Cunningham, E. (2007). Personality and the predisposition(s) to bipolar disorder: Heuristic benefits of a two-dimensional model. *Bipolar Disorders*, 9(9), 453–461. <http://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00456.x>

Quilty, L. C., Mackew, L., & Bagby, R. M. (2014). Distinct profiles of behavioral inhibition and activation system sensitivity in unipolar vs. bipolar mood disorders. *Psychiatry Research*, 219(1), 228–231. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.05.007>

Quilty, L. C., Pelletier, M., Deyoung, C. G., & Michael Bagby, R. (2013). Hierarchical personality traits and the distinction between unipolar and bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 247–54. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.012>

Quilty, L. C., Sellbom, M., Tackett, J. L., & Bagby, R. M. (2009). Personality trait predictors of bipolar disorder symptoms. *Psychiatry Research*, 169(2), 159–163. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.07.004>

Riihimäki, K., Vuorilehto, M., & Isometsä, E. (2014). Borderline personality disorder among primary care depressive patients: A five-year study. *Journal of Affective Disorders*, 155(1), 303–306. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.050>

Rocha, H. R. R. P., Sousa, H. K. C., Alchieri, J. C., Sales, E. A., & Alencar, J. C. N. (2011). Estudos de adaptação do Millon Clinical Multiaxial Inventory-III para avaliação de aspectos psicopatológicos da personalidade no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(1), 34–39.

Rossier, J., Rigozzi, C., Adjahouisso, M., Ah-Kion, J., Amoussou-Yeye, D., Barry, O., ... Verardi, S. (2008). Personality disorders and the five-factor model among French speakers in Africa and Europe. *Canadian Journal of Psychiatry*, *53*(8), 534–544.

Seo, H.-J., Jung, Y.-E., Jeong, S., Kim, J.-B., Lee, M.-S., Kim, J.-M., ... Jun, T.-Y. (2014). Personality traits associated with suicidal behaviors in patients with depression: the CRESCEND study. *Comprehensive Psychiatry*, *55*(5), 1085–92. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.03.014>

Sheehan, D., Lecrubier, Y., Harnett Sheehan, K., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, a, ... Dunbar, G. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*, *12*(5), 232–241. [http://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83297-X](http://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83297-X)

Sjastad, H. N., Grawe, R. W., & Egeland, J. (2012). Affective disorders among patients with Borderline personality disorder. *Plos One*, *7*(12), e50930. <http://doi.org/10.1371/Citation>

Victora, C., Huttly, S., Fuchs, S., & Olinto, M. (1997). The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology*, *26*(1), 224–7. <http://doi.org/10.1093/ije/26.1.224>

Widiger, T. a. (2005). Five factor model of personality disorder: Integrating science and practice. *Journal of Research in Personality*, *39*(1 SPEC. ISS.), 67–83. <http://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.09.010>

World Federation For Mental Health. (2012). Depression: A Global Crisis. *Who*. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf.

Wright, A. G. C., Hopwood, C. J., & Zanarini, M. C. (2015). Associations Between Changes in Normal Personality Traits and Borderline Personality Disorder Symptoms Over 16 Years. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(1), 1–11.

Zeng, R., Cohen, L. J., Tanis, T., Qizilbash, A., Lopatyuk, Y., Yaseen, Z. S., & Galynker, I. (2015). Assessing the contribution of borderline personality disorder and features to suicide risk in psychiatric inpatients with bipolar disorder, major depression and schizoaffective disorder. *Psychiatry Research*, 226(1), 361–367. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.01.020>

Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999). Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1570–1574.

Zimmerman, M., & Morgan, T. a. (2013). The relationship between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15, 155–169. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.7.1126>

Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911–1918.

Tabela 1. Variáveis clínicas e sociodemográficas: prevalências e diferenças entre indivíduos com e sem TPB durante episódio depressivo, Brasil (2015).

Variáveis	TDM N (%)	TDM + TPB N (%)	<i>p</i>
Sexo			0,190
Feminino	93 (85,3)	37 (92,5)	
Idade			0,811
18-24	27 (24,8)	10 (25,0)	
25-39	52 (47,7)	21 (52,5)	
40>	30 (27,5)	9 (22,5)	
Escolaridade (anos de estudo)			0,725
1-8	42 (38,5)	15 (37,5)	
9-11	34 (31,2)	15 (37,5)	
12>	33 (30,3)	10 (25,0)	
Classe socioeconômica			0,455
A-B	33 (30,3)	11 (27,5)	
C-D	76 (69,7)	29 (72,5)	
Estado civil			0,469
Vive com companheiro	60 (55,0)	23 (57,5)	
Trabalho atual			0,205
Sim	51 (46,8)	15 (37,5)	
Risco de suicídio			0,001
Sim	56 (51,4)	32 (80,0)	
Comorbidade de ansiedade			0,398
Sim	83 (76,1)	29 (72,5)	
Comorbidade <i>Cluster A</i>			<0,001
Sim	31 (28,4)	30 (75,0)	
Comorbidade <i>Cluster B</i>			0,582
Sim	76 (69,7)	26 (65,0)	
Comorbidade <i>Cluster C</i>			<0,001
Sim	35 (32,1)	30 (75,0)	
Total	109 (100)	40 (100)	

Tabela 2. Traços *Big Five*: distribuições categóricas e diferenças entre indivíduos com e sem TPB durante episódio depressivo, Brasil (2015).

Fatores de personalidade	TDM N (%)	TDM + TPB N (%)	<i>p</i>
Abertura			0,382
Muito baixo e baixo	78 (71,6)	31 (77,5)	
Médio	21 (19,3)	7 (17,5)	
Alto e muito alto	10 (9,2)	2 (5,0)	
Conscienciosidade			0,015
Muito baixo e baixo	54 (49,6)	29 (72,5)	
Médio	41 (37,6)	9 (22,5)	
Alto e muito alto	14 (12,8)	2 (5,0)	
Extroversão			0,076
Muito baixo e baixo	70 (64,2)	32 (80,0)	
Médio	33 (30,3)	7 (17,5)	
Alto e muito alto	6 (5,5)	1 (2,5)	
Amabilidade			0,040
Muito baixo e baixo	42 (38,5)	24 (60,0)	
Médio	42 (38,5)	10 (25,0)	
Alto e muito alto	25 (23,0)	6 (15,0)	
Neuroticismo			0,066
Muito baixo e baixo	1 (0,9)	0 (0,0)	
Médio	13 (11,9)	1 (2,5)	
Alto e muito alto	95 (87,2)	39 (97,5)	

CONCLUSÃO

Este trabalho apresentou, inicialmente, um Projeto de pesquisa cujos objetivos estavam aninhados a um estudo maior, no qual pretendeu-se verificar o perfil de saúde mental dos pacientes que procuraram atendimento no APESM da UCPel entre Julho de 2012 e Agosto de 2014. Ao longo da execução da pesquisa os objetivos do Projeto tiveram que ser readequados para fundamentar a preparação de dois artigos científicos que compõem a tese. Esses artigos tiveram, de forma geral, o objetivo de avaliar como os traços da teoria *Big Five* de personalidade podem auxiliar para que o diagnóstico de pacientes em episódio depressivo atual seja mais acurado.

A decisão de incluir nos estudos somente indivíduos em episódio depressivo atual se deu em função da importância clínica dessa condição e das dificuldades que ela impõe, durante seu curso, ao estabelecimento do diagnóstico de forma precisa. Além disso, a avaliação que serviu para a coleta de dados desta pesquisa, era “porta de entrada” para um ensaio-clínico de TDM, sendo assim, os indivíduos que procuravam o serviço para realizar a avaliação o faziam já com suspeita desse diagnóstico, o que facilitou que os participantes tivessem as características específicas para o desenho do estudo. Homogeneizar as amostras quanto ao estado de humor atual, serviu para minimizar possíveis vieses apontados como limitações em estudos similares feitos anteriormente. Assim, os estudos contaram com boa precisão desde o seu desenho, o que facilitou a interpretação dos dados. Os objetivos e os principais resultados e conclusões dos artigos serão apresentados separadamente nos parágrafos seguintes, para facilitar sua compreensão.

O primeiro artigo teve como objetivo diferenciar os casos de TDM e THB quanto aos traços de personalidade e características clínicas e sociodemográficas.

Dentre todas as variáveis testadas somente o fator Amabilidade serviu como diferencial sendo que, cada aumento em pontos nesse fator reduziu em 6% o risco de se tratar de um caso de THB. Portanto, conforme os achados desse estudo, durante episódios depressivos, indivíduos com TDM teriam mais Amabilidade em relação aos com THB apresentando mais características pró-sociais, preocupação com o bem-estar dos demais e confiança.

No segundo artigo, pretendeu-se investigar se características clínicas, sociodemográficas e de personalidade poderiam diferenciar casos de TDM com e sem comorbidade com TPB. Conforme os resultados, indivíduos com TDM e TPB apresentaram mais risco de suicídio, mais comorbidades com outros Transtornos da Personalidade e menos características de Conscienciosidade, ou seja, teriam menor capacidade de organização, cuidado, disciplina, respeito a normas sociais e controle de impulsos.

Considerando ambos os estudos, os resultados indicaram que, conforme os critérios e características analisadas, durante episódio depressivo há mais indicadores diferenciais entre os casos de comorbidade com TPB do que em relação à dúvida diagnóstica entre TDM e THB. Esses dados ao mesmo tempo que reforçam a dificuldade clínica em diferenciar os transtornos de humor durante episódio depressivo, alertam para a possibilidade de que, consideradas algumas características específicas de personalidade relacionadas à Amabilidade, é possível obter indícios para essa diferenciação. Além disso, os resultados evidenciaram que durante episódio depressivo a investigação de determinados atributos clínicos e de personalidade, especialmente os relacionados à Conscienciosidade, é possível ter fortes indicativos sobre a existência ou não de comorbidade com TPB. Dessa forma, é evidente a utilidade da avaliação dos fatores de personalidade em casos de suspeita de TDM.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações sobre o estudo ao participante

Esta folha informativa tem o objetivo de fornecer a informação suficiente para quem considerar participar neste estudo. Ela não elimina a necessidade do pesquisador de explicar, e se necessário, ampliar as informações nela contidas.

Antes de participar deste estudo, gostaríamos que você tomasse conhecimento do que ele envolve. Damos abaixo alguns esclarecimentos sobre dúvidas que você possa ter.

Qual é o objetivo da pesquisa?

Conhecer aspectos da saúde e da funcionalidade da população que procura o Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental da UCPel. Havendo inicialmente uma avaliação psicológica que investigará a presença de transtornos mentais. Para medir possíveis alterações bioquímicas, será coletado sangue das pessoas com indicativo do transtorno. Assim, será possível entender melhor modificações de algumas substâncias durante alguma alteração emocional importante.

Como o estudo será realizado?

Será realizada uma avaliação psicológica e uma coleta de sangue do seu braço, na qual serão retirados 20 ml de sangue, o que não compromete a sua saúde. Esta coleta será realizada por pesquisadores da área da saúde devidamente treinados para tal função. Caso positivo para algum transtorno mental, será realizado encaminhamento adequado.

Caso esteja em sofrimento psíquico e não preencha os critérios de inclusão no estudo, será encaminhado para o serviço de saúde apropriado.

Quais são os riscos em participar?

Os riscos ao participar são mínimos, a coleta de sangue pode causar mal-estar passageiro ou mancha roxa no local. O procedimento será feito com material esterilizado e descartável por profissionais da área da saúde. A coleta será feita para que sejam analisadas algumas substâncias que poderão estar alteradas em função da presença de transtornos mentais.

Item importante!

Você tem a liberdade de desistir do estudo a qualquer momento, sem fornecer um motivo, assim como pedir maiores informações sobre o estudo e o procedimento a ser feito. Isto de maneira alguma irá influenciar na qualidade de seu atendimento neste local.

O que eu ganho com este estudo?

Você pode se beneficiar pelo tratamento proposto pela equipe de pesquisa que lhe é oferecido sem custo nenhum e de forma rápida, caso este seja o tratamento mais adequado. Sua colaboração neste estudo pode ajudar a aumentar o conhecimento científico sobre fatores relacionados aos transtornos, que poderão eventualmente beneficiar você ou outras pessoas. Ao saber melhor quais substâncias estão relacionadas à melhora do transtorno, um tratamento médico mais direcionado pode ser esperado no futuro.

Quais são os meus direitos?

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em jornais científicos ou submetidos à autoridade de saúde competente, mas você não será identificado por nome. Sua participação neste estudo é voluntária.

DECLARAÇÃO:

Eu,declaro que:

1. Concordo total e voluntariamente em fazer parte deste estudo.
2. Recebi uma explicação completa do objetivo do estudo, dos procedimentos envolvidos e o que se espera de mim. O pesquisador me explicou os possíveis problemas que podem surgir em consequência da minha participação neste estudo.
3. Informe o pesquisador sobre medicamentos que estou tomando.
4. Concordo em cooperar inteiramente com o pesquisador supervisor.
5. Estou ciente de que tenho total liberdade de desistir do estudo a qualquer momento e que esta desistência não irá, de forma alguma, afetar meu tratamento ou administração médica futura.
6. Estou ciente de que a informação nos meus registros médicos é essencial para a avaliação dos resultados do estudo. Concordo em liberar esta informação sob o entendimento de que ela será tratada confidencialmente.
7. Estou ciente de que não serei referido por nome em qualquer relatório relacionado a este estudo. Da minha parte, não devo restringir, de forma alguma, os resultados que possam surgir neste estudo.

Nome completo do paciente: _____

Assinatura do Paciente: _____

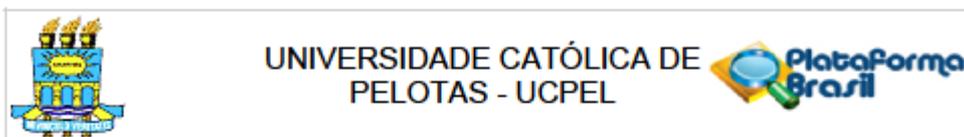
Data: __ / __ / _____

Assinatura do Pesquisador: _____

Para maiores informações entre em contato com Mariane Lopez pelos telefones: 81133404 / 84023356 / 91385835 / 21288404

Coordenador do projeto: Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento
Universidade Católica de Pelotas
Fone: 21288404 - 81180444

ANEXO B - Carta de aprovação do Comitê de Ética em pesquisa (obrigatório)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil da saúde mental e funcionalidade cognitiva dos pacientes do Ambulatório de Pesquisa e Extensão em Saúde Mental

Pesquisador: Luciano Dias de Mattos Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 25614113.7.0000.5339

Instituição Proponente: SOCIEDADE PELOTENSE DE ASSISTENCIA E CULTURA (SPAC)

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 502.804

Data da Relatoria: 19/12/2013

Apresentação do Projeto:

De acordo.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Recomendações:

De acordo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo.

Endereço: Rua Felix da Cunha, 412
 Bairro: Centro CEP: 96.010-000
 UF: RS Município: PELOTAS
 Telefone: (53)2128-8012 Fax: (53)2128-8298 E-mail: cep@ucpel.tche.br

ANEXO C – Instrumentos**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS****PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO****AMBULATÓRIO DE PESQUISA E EXTENSÃO EM SAÚDE MENTAL**

Número do entrevistador: _____

REC do entrevistado: _____

Qual a data do seu nascimento? ___/___/_____

Quantos anos completos completos o(a) Sr(a). tem? _____

Tu estás estudando (ou estudaste) este ano? () sim () não

Tu já estudaste na escola alguma vez? () sim () não

Em que série tu estás? _____

De que grau? _____

Até que série completaste (foste aprovado)? _____

De que grau? _____

Alguma vez tu trabalhaste recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca? () sim () não

Que idade tu tinhas na primeira vez em que trabalhaste

recebendo dinheiro ou alguma coisa em troca? _____

Estás trabalhando atualmente? () sim () não

Você tem irmãos ou irmãs? () sim () não

Quantos irmãos ou irmãs você tem? _____

Você tem filhos ou filhas? () sim () não

Quantos filhos ou filhas você tem? _____

Você possui alguma doença crônica? () sim () não

Alguma vez tu já consultaste ou fizeste tratamento com psicólogo(a)? () sim () não

Quanto tempo, em meses, durou o tratamento que fizeste com psicólogo(a)? _____

Alguma vez tu já consultaste ou fizeste tratamento com psiquiatra? () sim () não

Quanto tempo, em meses, durou o tratamento que fizeste com psiquiatra? _____

Tu já tomou medicamento receitado por psiquiatra ou

medicamento psiquiátrico? () sim () não

Já tomaste moderadores do humor? () sim () não

Já tomaste antipsicóticos? () sim () não

Já tomaste antidepressivos ou ansiolíticos? () sim () não

Já tomaste benzodiazepínicos? () sim () não

Já tomaste barbitúricos? () sim () não

Já tomaste medicamentos fitoterápicos? () sim () não

Já tomaste outros medicamentos psiquiátricos

não listados anteriormente? () sim () não

Já foste internado em hospital psiquiátrico? () sim () não

Quantas vezes já foste internado em hospital psiquiátrico? _____

Já recorreste a serviços públicos de saúde mental? () sim () não

Quais são as pessoas que moram na sua casa?

O seu pai mora na mesma casa que você? () sim () não

A sua mãe mora na mesma casa que você? () sim () não

Você é casado(a), namora ou possui um companheiro(a)? () sim () não

Ele(a) mora na mesma casa que você? () sim () não

O(s) seu(s) irmão(s) ou irmã(s) mora(m) na mesma casa que você? () sim () não

Quantos irmãos moram na mesma casa que você? _____

O(s) seu(s) filho(s) mora(m) na mesma casa com você? () sim () não

Quantos filhos moram na mesma casa com você? _____

Outras pessoas moram na mesma casa que você? _____

Quantas outras pessoas moram na mesma casa que você? _____

História familiar de transtornos psiquiátricos

Há alguém com história de doença psiquiátrica na tua família? () sim () não

A sua mãe teve alguma doença psiquiátrica? () sim () não

Qual doença psiquiátrica a sua mãe teve ou tem? _____

A sua mãe usou ou usa medicamento psiquiátrico? () sim () não

A sua mãe já foi internada em hospital psiquiátrico

ou comunidade terapêutica? () sim () não

A sua mãe já manifestou a vontade de estar morta? () sim () não

A sua mãe já tentou suicídio? () sim () não

Quantas vezes? _____

O seu pai teve alguma doença psiquiátrica? () sim () não

Qual doença psiquiátrica o seu pai teve ou tem? _____

O seu pai usou ou usa medicamento psiquiátrico? () sim () não

O seu pai já foi internado em hospital psiquiátrico

ou comunidade terapêutica? () sim () não

O seu pai já manifestou a vontade de estar morto? () sim () não

O seu pai já tentou suicídio? () sim () não

Quantas vezes? _____

O(s) seu(s) irmão(s) ou irmã(s) tiveram

alguma doença psiquiátrica? () sim () não

Qual doença psiquiátrica o(s) seu(s) irmão(s) teve ou tiveram? _____

O(s) seu(s) irmão(s) usou ou usaram medicamento psiquiátrico? () sim () não

O(s) seu(s) irmão(s) já foi ou foram internado(s) em hospital psiquiátrico
ou comunidade terapêutica? () sim () não

O(s) seu(s) irmão(s) já manifestou ou manifestaram a vontade
de estar(em) morto(s)? () sim () não

O(s) seu(s) irmão(s) já tentou ou tentaram suicídio? () sim () não

Quantas vezes? _____

O(s) seu(s) filho(s) ou filha(s) tiveram alguma doença psiquiátrica? () sim () não

Qual doença psiquiátrica o(s) seu(s) filho(s) teve ou tiveram? _____

O(s) seu(s) filho(s) usou ou usaram medicamento psiquiátrico? () sim () não

O(s) seu(s) filho(s) já foi ou foram internado(s) em hospital psiquiátrico
ou comunidade terapêutica? () sim () não

O(s) seu(s) filho(s) já manifestou ou manifestaram a vontade
de estar(em) morto(s)? () sim () não

O(s) seu(s) filho(s) já tentou ou tentaram suicídio? () sim () não

Quantas vezes? _____

Outro familiar seu (avô, avó, tios ou primos) teve alguma
doença psiquiátrica? () sim () não

Qual doença psiquiátrica o(s) seu(s) outro(s) f
amiliar(es) teve ou tiveram? _____

O(s) seu(s) outro(s) familiar(es) usou ou usa
medicamento psiquiátrico? () sim () não

O(s) seu(s) outro(s) familiar(es) já foi internado em hospital psiquiátrico ou
comunidade terapêutica? () sim () não

Algum familiar seu já manifestou a vontade de estar morto

OU já tentou suicídio? () sim () não

Qual familiar? _____

Algum outro familiar já tentou suicídio? () sim () não

ABEP 2012

1. Qual a escolaridade do chefe da família? _____

Em sua casa tem...?

1. Televisão em cores () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais

2. Rádio () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais

3. banheiro () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais

4. Automóvel () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais

5. Empregada mensalista () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais

6. Aspirador de pó () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais

7. Máquina de lavar () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais

8. video cassete e/ou DVD () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais

9. geladeira () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais

10. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)

() 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ou mais

M.I.N.I. PLUS +

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM-IV-TR

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

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

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim
Correção: Cláudio Drews Jr.

© 1992, 1994, 1998 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 +

Mini International Neuropsychiatric Interview

Brazilian version 5.0.0

DSM-IV-TR

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

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

Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim
Correção: Cláudio Drews Jr.

© 1992, 1994, 1998 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.

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:	_____

MINI 5.0.0 PLUS / Brazilian Version / DSM-IV / Current

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	ICD-10	
A EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x	
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recorrente	F33.x	
	TRANSTORNO DO HUMOR DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.xx
	Passado	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.xx	
	TRANSTORNO DO HUMOR INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	29x.xx	nenhum
	Passado	<input type="checkbox"/>	29x.xx	nenhum	
	EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS	Atual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Single 296.30-296.36 Recurrent	F32.x F33.x
	B TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
		Passado	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	C RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum
Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto					
D EPISÓDIO MANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06 F30.x-F31.9		
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06 F30.x-F31.9		
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89 F31.8-F31.9/F34.0	
	Passado	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89 F31.8-F31.9/F34.0		
	EPISÓDIO MANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.30
	Passado	<input type="checkbox"/>	293.83	F06.30	
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.83	nenhum
	Passado	<input type="checkbox"/>	293.83	nenhum	
	EPISÓDIO MANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
	Passado	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum	
EPISÓDIO HIPOMANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum	
	Passado	<input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum	
	E TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21 F40.01-F41.0	
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21 F40.01-F41.0	
TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4	
TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum	
F AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.22	F40.00	
G FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1	
H FOBIA ESPECÍFICA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.29	F40.2	
I TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8	
	TOC DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
	TOC INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
J TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1	
K DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x	
	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
	ABUSO DE ÁLCOOL	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
L DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1	
	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
	ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses)	<input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
M TRANSTORNOS PSICÓTICOS	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/ 297.3/293.81/293.82/ 293.89/298.8/298.9	F20.xx-F29	
	Atual	<input type="checkbox"/>			
	TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
ESQUIZOFRENIA	Atual	<input type="checkbox"/>	295.10-295.60 F20.xx		
	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	295.10-295.60 F20.xx		

	TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	295.70	F25.x
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	295.70	F25.x
	TRANSTORNO ESQUIZOFRENIFORME	Atual	<input type="checkbox"/>	295.40	F20.8
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	295.40	F20.8
	TRANSTORNO PSICÓTICO BREVE	Atual	<input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81
	TRANSTORNO DELIRANTE	Atual	<input type="checkbox"/>	297.1	F22.0
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	297.1	F22.0
	TRANSTORNO PSICÓTICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.xx	F06.0-F06.2
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	293.xx	F06.0-F06.2
	TRANSTORNO PSICÓTICO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.5-292.12	nenhum
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	291.5-292.12	nenhum
	TRANSTORNO PSICÓTICO SOE	Atual	<input type="checkbox"/>	298.9	F29
		Vida inteira	<input type="checkbox"/>	298.9	F29
	TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	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	Atual	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
	ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA PURGATIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
	ANOREXIA NERVOSA, TIPO RESTRITIVO	Atual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
P	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (Últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual	<input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA	Atual	<input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
Q	TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2
R	TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	330.81	F45.0
		Atual	<input type="checkbox"/>		
S	HIPOCONDRIA	Atual	<input type="checkbox"/>	300.7	F45.2
T	TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	Atual	<input type="checkbox"/>	300.7	F45.2
U	TRANSTORNO DOLOROSO	Atual	<input type="checkbox"/>	300.89/307.8	F45.4
V	TRANSTORNO DA CONDUTA	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	312.8	F91.8
W	TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (Crianças/Adolescentes)	Últimos 6 meses	<input type="checkbox"/>	314.00/314.01	F90.0/F90.9/ F98.8
	TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (Adultos)	Vida inteira	<input type="checkbox"/>	314.00/314.01	F90.0/F98.8
		Atual	<input type="checkbox"/>		
X	TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO	Atual	<input type="checkbox"/>	309.xx	F43.xx
Y	TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL	Atual	<input type="checkbox"/>		
Z	TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO	Atual	<input type="checkbox"/>		

ALERTA

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

INSTRUÇÕES GERAIS

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

• **Entrevista:**

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

• **Apresentação:**

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

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

• **Convenções:**

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

As frases escritas em “MAÍUSCULAS” 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 (p. 348)

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

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

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

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

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

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

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

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

SE A3e = SIM: PEDIR UM EXEMPLO.

O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? NÃO SIM

		<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?		NÃO	SIM	NÃO	11
A4	HÁ 3 OU MAIS RESPOSTAS “SIM” EM A3 (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS, SE A1a OU A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE A1b OU A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)?	NÃO	SIM	→ NÃO	SIM	
VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS.						
SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						
A5	Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?	NÃO	SIM	→ NÃO	SIM	12
SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						
A6	Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?			→		
	UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13
SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 E A6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						
A7 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
<i>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).</i>						
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 (p. 394)</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 (p. 397)</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, esses problemas de depressão ? Idade 15
- A12 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que duraram pelo menos 2 semanas ? 16
- A13 Há um histórico familiar de Transtorno Bipolar ou algum parente já foi tratado com estabilizador de humor? 16b

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

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

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

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

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A14 ?

NÃO

SIM

*Episódio Depressivo Maior
com características
melancólicas (p. 409)
Atual*

SUBTIPOS DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

Assinale tudo que se aplica

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

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

B. TRANSTORNO DISTÍMICO (p. 372)

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

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

ESPECIFICAR O PERÍODO DE TEMPO EXPLORADO ABAIXO:

- Atual
- Passado

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

- e Tem [tinha] dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ? NÃO SIM 28
- f Sente-se [sentia-se] sem esperança ? NÃO SIM 29
- HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3? NÃO SIM

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

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

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

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

UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM 31

B5 É COTADA SIM?

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

CRONOLOGIA

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

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

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

Ao longo da sua vida:

C6 Já fez alguma tentativa de suicídio ? NÃO SIM 4

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6 ?

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

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos	Baixo <input type="checkbox"/>
6-9 pontos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 pontos	Alto <input type="checkbox"/>

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO (p. 355/362)

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

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

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

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

D1	a	Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia ou cheio(a) de si que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).	NÃO	SIM	1
----	---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----	---

SE O(A) ENTREVISTADO(A) NÃO COMPREENDE O SIGNIFICADO DE "EUFÓRICO(A)" OU "CHEIO (A) DE ENERGIA", EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por eufórico ou cheio de energia, quero dizer estar excessivamente ativo(a), excitado(a), ter menos necessidade de dormir, ter pensamentos rápidos, estar cheio(a) de idéias ou extremamente motivado(a) ou criativo(a) ou produtivo ou impulsivo(a).

SE D1a = SIM:

	b	Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?	NÃO	SIM	2
D2	a	Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com pessoas que não eram de sua família? Você ou outras pessoas achou/acharam que você estava mais irritável ou hiperreativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável ? (NÃO CONSIDERAR PERÍODOS QUE OCORREM APENAS SOB O EFEITO DE DROGAS OU ÁLCOOL).	NÃO	SIM	3

SE D2a = SIM:

	b	Sente-se, continuamente irritável atualmente?	NÃO	SIM	4
D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?			→	NÃO	SIM

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

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

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

	<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
f Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10
g Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	11
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 D3a - D3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

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

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

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

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

- D5 Esses problemas duraram pelo menos uma semana E o (a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?
COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO
- NÃO SIM NÃO SIM 13

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

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

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

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

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

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

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

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

NÃO	SIM
Episódio (Hipo) Maníaco devido a condição médica geral	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

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

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

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

SUBTIPOS

Ciclagem Rápida

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

Episódio Misto

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

Padrão Sazonal

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

Com remissão completa entre episódios

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

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

NÃO	SIM ¹⁴
<i>Ciclagem Rápida</i> (p. 416)	

NÃO	SIM ¹⁵
<i>Episódio Misto</i> (p. 360)	

NÃO	SIM ¹⁶
<i>Padrão Sazonal</i> (p. 415)	

NÃO	SIM ¹⁷
<i>Com remissão completa entre episódios</i> (p. 403)	

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 com aspectos psicóticos | <input type="checkbox"/> |
| X5 | Em remissão parcial | <input type="checkbox"/> |
| X6 | Em remissão completa | <input type="checkbox"/> |

CRONOLOGIA

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

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

E. TRANSTORNO DE PÂNICO (p. 423)

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

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

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

F. AGORAFOBIA (p. 422)

F1 Alguma vez sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações em que poderia ter episódios súbitos de ansiedade dos quais acabamos de falar ? OU sentiu-se muito ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou situações dos quais é difícil escapar ou ter ajuda como: estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, atravessando uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião? NÃO SIM 22

SE **F1** = **NÃO**, COTAR **NÃO** EM **F2** E **F3**.

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

NÃO SIM 23

AGORAFOBIA VIDA INTEIRA

F3 Atualmente teme ou evita esses lugares ou situações ?

NÃO SIM 24

AGORAFOBIA ATUAL

SE **SIM**, ASSINALAR SE:

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

F2 vida inteir

F3 atual

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

E6 vida inteira

E8 atual

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

NÃO SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL
sem Agorafobia

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

NÃO SIM
TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL
com Agorafobia

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

NÃO SIM
AGORAFOBIA ATUAL
sem história de Transtorno de Pânico

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
sem Transtorno de Pânico Atual mas com história passada de Transtorno de Pânico

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

NÃO SIM
AGORAFOBIA ATUAL
sem história de ataques pobres em sintomas

CRONOLOGIA

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

idade 25

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

26

G. FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social)

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

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais, por exemplo: quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	-----	---

G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
----	---------------------------------------------------	----------	-----	---

G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	-----	---

G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----	---

FOBIA SOCIAL
(Transtorno de Ansiedade Social)
ATUAL
(p. 437)

SUBTIPOS

Você teme ou evita mais de 4 situações sociais ?

NÃO SIM

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

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

CRONOLOGIA

G5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações sociais de que falamos ?	<input type="text"/> Idade		5
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------	--	---

G6	No último ano, durante quantos meses teve medo importante das as situações sociais de que falamos ?	<input type="text"/>		6
----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------	--	---

H. FOBIA ESPECÍFICA (p. 431)

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

H1	Durante o último mês, você teve um medo intenso e persistente de coisas ou situações como por exemplo : voar, dirigir, alturas, trovões, animais, insetos, ver sangue, tomar injeção ?	→ NÃO	SIM	1
----	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	-----	---

H2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
----	---------------------------------------------------	----------	-----	---

H3	Tem tanto medo dessas situações que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	-----	---

H4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	4
----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----	---

FOBIA ESPECÍFICA
ATUAL

CRONOLOGIA

H5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações de que falamos ?	<input type="text"/> Idade		5
----	------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------	--	---

H6	No último ano, durante quantos meses teve medo importante dessas situações ?	<input type="text"/>		6
----	------------------------------------------------------------------------------	----------------------	--	---

I. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (p. 443)

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

I1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo ? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo/ superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas.)	NÃO → passar a I4	SIM	1						
<small>(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).</small>										
I2	Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO → passar a I4	SIM	2						
I3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3						
obsessões										
I4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4						
compulsões										
I3 OU I4 SÃO COTADAS SIM?		→ NÃO	SIM							
I5	Reconhece que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	→ NÃO	SIM	5						
I6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6						
I7 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim							
I7 b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim							
<small>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).</small>										
I7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?		NÃO	SIM	7						
I6 E I7 (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">T.O.C. ATUAL</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	T.O.C. ATUAL			
NÃO	SIM									
T.O.C. ATUAL										
I6 E I7 b SÃO COTADAS SIM E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">T.O.C. ATUAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>devido a condição médica geral</i></td> </tr> </table>			NÃO	SIM	T.O.C. ATUAL		<i>devido a condição médica geral</i>	
NÃO	SIM									
T.O.C. ATUAL										
<i>devido a condição médica geral</i>										
I6 E I7 a SÃO COTADAS SIM E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">T.O.C. ATUAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>induzido por substância</i></td> </tr> </table>			NÃO	SIM	T.O.C. ATUAL		<i>induzido por substância</i>	
NÃO	SIM									
T.O.C. ATUAL										
<i>induzido por substância</i>										
CRONOLOGIA										
I10	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas de que falamos ?	<input type="text"/>	idade	8						
I11	No último ano, durante quantos meses teve, de forma persistente, esses problemas de que falamos ?	<input type="text"/>		9						

J. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

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

J1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo(a) e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO À MÃO ARMADA, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
J2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2

J3	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?	NÃO	SIM	8
	J3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM J3 ?	→ NÃO	SIM	

J4	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	J4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM J4 ?	→ NÃO	SIM	

J5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14
----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----	----

J5 É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL (p. 448)	

CRONOLOGIA

J6	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas ?	<input type="text"/> idade	15
J7	Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou a maior parte das dificuldades das quais falamos ?	<input type="text"/>	16
J8	No último ano, durante quantos meses apresentou esses problemas de forma persistente ?	<input type="text"/>	17

K. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL (p. 226)

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

K1	Nos últimos 12 meses , em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?	<div style="text-align: right;">→</div> NÃO	SIM	1
K2	Nos últimos 12 meses:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	2
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguna vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? (COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM	3
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	4
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?	NÃO	SIM	5
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	6
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	7
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	8

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K2 ?

* SE SIM, PULAR AS QUESTÕES EM K3 E CIRCULAR N/D NO QUADRO DE ABUSO. DEPENDÊNCIA PRESSUPÕE ABUSO.

NÃO	→	SIM*
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL		

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

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K3 ?

NÃO	N/D	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL		

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

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

K4	Ao longo da sua vida , em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ?	→ NÃO	SIM	13
K5	Ao longo da sua vida:			
a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	14
b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca? (COTAR "SIM", SE RESPOSTA "SIM" NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM	15
c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia?	NÃO	SIM	16
d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber?	NÃO	SIM	17
e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?	NÃO	SIM	18
f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?	NÃO	SIM	19
g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?	NÃO	SIM	20

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K5 ?

NÃO	→ SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL VIDA INTEIRA	

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

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K6 ?

NÃO	N/D	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL VIDA INTEIRA		

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

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

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

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

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA:

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

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

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

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

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

CANABINÓIDES: cannabis, “erva”, maconha, “baseado”, 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 qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? (COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO). | NÃO | SIM | 2 |
| c | Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ? | NÃO | SIM | 3 |

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM L2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) VIDA INTEIRA	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L3a E L3b (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	→ SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

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

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

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM L4 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : _____

NÃO	N/A	SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL (p. 213)		

CRONOLOGIA

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

M. TRANSTORNOS PSICÓTICOS - Parte 1 (p. 303)

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

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

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

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

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

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

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

JULGAMENTO DO CLÍNICO

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

SE M11a = NÃO □ PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.

M11 b

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

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

SE **NÃO**, CONTINUAR.

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

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

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

NÃO
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido ATUAL

SIM
Critério A da Esquizofrenia preenchido ATUAL

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

NÃO
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido VIDA INTEIRA

SIM
Critério A da Esquizofrenia preenchido VIDA INTEIRA

OU M11c É COTADA “SIM” ?

M12 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim																
b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim																
c	<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA PSICOSE ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).</i>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim																
d	UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	NÃO	SIM	INCERTO															
	SE M12d = NÃO :	COTAR M13 (a, b) E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE																	
	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		<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM</td> <td style="text-align: right;">22</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRANTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vida inteira</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Incerto</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>			NÃO	SIM	22	TRANTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral			Atual	<input type="checkbox"/>		Vida inteira	<input type="checkbox"/>		Incerto	<input type="checkbox"/>	
NÃO	SIM	22																	
TRANTORNO PSICÓTICO devido à condição médica geral																			
Atual	<input type="checkbox"/>																		
Vida inteira	<input type="checkbox"/>																		
Incerto	<input type="checkbox"/>																		
	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)																		
M13b		<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NÃO</td> <td style="text-align: center;">SIM</td> <td style="text-align: right;">23</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRANTORNO PSICÓTICO induzido por substância</td> </tr> <tr> <td>Atual</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vida inteira</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Incerto</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>			NÃO	SIM	23	TRANTORNO PSICÓTICO induzido por substância			Atual	<input type="checkbox"/>		Vida inteira	<input type="checkbox"/>		Incerto	<input type="checkbox"/>	
NÃO	SIM	23																	
TRANTORNO PSICÓTICO induzido por substância																			
Atual	<input type="checkbox"/>																		
Vida inteira	<input type="checkbox"/>																		
Incerto	<input type="checkbox"/>																		
	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)																		
M14	Quanto tempo durou o período mais longo em que teve essas crenças/experiências? SE <1 DIA, PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.	_____		24															
M15 a	Durante ou depois desse (de um deseese) período(s) em teve essas crenças/experiências, você teve dificuldades para trabalhar, ou dificuldades para se relacionar com as pessoas ou dificuldades para cuidar de si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	25															
b	SE SIM : Quanto tempo duraram essas dificuldades? SE ≥ 6 MESES, PASSAR PARA M16.	_____		26															
c	Você foi tratado(a) com medicamentos ou foi hospitalizado(a) por causa dessas crenças/experiências, ou das dificuldades / problemas que elas causaram?	NÃO	SIM	27															
d	SE SIM : Quanto tempo durou esse tratamento com medicamentos / a hospitalização mais longa por causa desses problemas ?	_____		28															
M16 a	O(A) ENTREVISTADO(A) DESCREVE UM FUNCIONAMENTO DETERIORADO (M15a = SIM) OU FOI TRATADO / HOSPITALIZADO POR PSICOSE (M15c = SIM).	NÃO	SIM	29															
b	JULGAMENTO DO CLÍNICO: CONSIDERANDO SUA EXPERIÊNCIA, A DISFUNÇÃO CAUSADA PELA PSICOSE, AO LONGO DA VIDA DO(A) ENTREVISTADO(A) É:	1 <input type="checkbox"/> ausente																	
		2 <input type="checkbox"/> leve		30															
		3 <input type="checkbox"/> moderada																	
		4 <input type="checkbox"/> severa																	
M17	QUAL É A DURAÇÃO TOTAL DA PSICOSE, CONSIDERANDO A FASE ATIVA (M14) E AS DIFICULDADES ASSOCIADAS (M15b) E O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (M15d) ?	1 <input type="checkbox"/> ≥ 1 dia a <1 mês		31															
		2 <input type="checkbox"/> ≥ 1 mês a <6 meses																	
		3 <input type="checkbox"/> ≥ 6 meses																	
	CRONOLOGIA																		
M18 a	Que idade tinha quando, pela primeira vez, teve essas crenças/experiências pouco comuns ?	[]	idade	32															
b	Desde o começo desses problemas, quantos episódios distintos em que apresentou essas crenças/experiências, já teve ?	[]		33															

TRANSTORNOS PSICÓTICOS - PARTE 2

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DO HUMOR

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

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

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

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

M20	Você relatou ter apresentado períodos em que se sentia [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)] e períodos em que teve [CITAR AS RESPOSTAS POSITIVAS EM COLUNA “A” DE M1 À M7]. Quando apresentava essas crenças/ experiências, sentia-se, ao mesmo tempo, [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)] ?	NÃO	SIM	34
		↓		PARAR. Passar à M24
M21	Essas crenças/ experiências que descreveu (DAR EXEMPLOS SE NECESSÁRIO) aconteceram exclusivamente durante o(s) período(s) em que se sentia, quase todo tempo, [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO(A)] ?	NÃO	SIM	35
			↓	PARAR. Passar à M24
M22	Você já teve essas crenças/ experiências durante 2 semanas ou mais, quando não se sentia [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO (A)] ?	NÃO	SIM	36
		↓		PARAR. Passar à M24
M23	O que durou mais tempo: as crenças / experiências ou os episódios em que se sentiu [deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO (A)] ?			
		1	<input type="checkbox"/> humor	37
		2	<input type="checkbox"/> crenças / experiências	
		3	<input type="checkbox"/> 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 (p. 555)

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

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

Durante os últimos 3 meses:

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

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

→ NÃO	SIM
ANOREXIA NERVOSA ATUAL	

CRONOLOGIA

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

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

Mulheres altura/ peso															
cm	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178	
kgs	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Homens altura/ peso															
cm	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180	183	185	188	191
kgs	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

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

O. BULIMIA NERVOSA (p. 560)

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

O1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	10
O2	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos 2 vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	11
O3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	12
O4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	13
O5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	14
O6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (QUESTÃO N6=SIM)?	NÃO	SIM	15
		↓ passar a O8		
O7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem sempre que o seu peso é inferior a ____ Kgs ? <small>[RETOMAR O PESO CRÍTICO DO(A) ENTREVISTADO(A) EM FUNÇÃO DA SUA ALTURA E SEXO NA TABELA DO MÓDULO “N” (ANOREXIA NERVOSA)]</small>	NÃO	SIM	16

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

NÃO	SIM
BULIMIA NERVOSA ATUAL	

CRONOLOGIA

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

O12 **SUBTIPOS DE BULIMIA NERVOSA**

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

[NO TIPO NÃO-PURGATIVO O(A) ENTREVISTADO(A) UTILIZA-SE DE OUTROS COMPORTAMENTOS

NÃO	SIM	20
<i>Tipo sem purgação</i>	<i>Tipo purgativo</i>	
BULIMIA NERVOSA		

SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVOSA

Tipo Compulsão Periódica / Purgativo

O7 E O12 SÃO COTADAS SIM?

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) ?

NÃO	SIM	21
ANOREXIA NERVOSA		
<i>Tipo Compulsão Periódica / Purgativo</i>		

NÃO	SIM	22
ANOREXIA NERVOSA		
<i>Tipo Restritivo</i>		
ATUAL		

P. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (p. 457)

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

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

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL	

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL devido a condição médica geral	

NO	YES
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL induzido por substância	

CRONOLOGIA

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

Q. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

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

Q1 Antes dos 15 anos:

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

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

Q2 Depois dos 15 anos:

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM Q2 ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTISOCIAL VIDA INTEIRA (p. 656)	

p. TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO (opcional)

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

R1	a	Antes dos 30 anos, teve muitos problemas ou sintomas físicos para os quais um diagnóstico preciso não foi achado ?	→ NÃO	SIM	1
	b	Esses problemas / sintomas físicos persistiram por vários anos ?	→ NÃO	SIM	2
	c	Você consultou um médico por causa desses problemas / sintomas físicos ?	→ NÃO	SIM	3
	d	Esses problemas / sintomas físicos o(a) perturbaram na escola, no trabalho, nas suas relações sociais ou nas suas atividades cotidianas ?	→ NÃO	SIM	4
Entre esses vários problemas físicos que teve e que o(a) perturbaram durante vários anos:					
R2	Teve dores:	de cabeça ?	NÃO	SIM	5
		de barriga ?	NÃO	SIM	6
		nas costas ?	NÃO	SIM	7
		nas juntas, nos braços ou nas pernas, no peito ou no reto ?	NÃO	SIM	8
		durante a menstruação ?	NÃO	SIM	9
		durante as relações sexuais ?	NÃO	SIM	10
		para urinar ?	NÃO	SIM	11
		HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM R2 ?	→ NÃO	SIM	
R3	Teve algum dos seguintes problemas abdominais:				
		náuseas ?	NÃO	SIM	12
		gases ?	NÃO	SIM	13
		vômitos ?	NÃO	SIM	14
		diarréia ?	NÃO	SIM	15
		intolerância a vários alimentos ?	NÃO	SIM	16
		HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM R3 ?	→ NÃO	SIM	
R4	Teve algum dos seguintes problemas:				
		perda do interesse sexual ?	NÃO	SIM	17
		dificuldades de ereção ou de ejaculação ?	NÃO	SIM	18
		ciclos menstruais irregulares ?	NÃO	SIM	19
		sangramentos abundantes durante a menstruação ?	NÃO	SIM	20
		vômitos durante a gravidez ?	NÃO	SIM	21
		HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA “SIM” EM R4 ?	→ NÃO	SIM	
R5	Teve algum dos seguintes problemas:				
		paralisia ou fraqueza em algumas partes de seu corpo?	NÃO	SIM	22
		dificuldades de coordenação ou sensação de desequilíbrio ?	NÃO	SIM	23
		dificuldade de engolir ou sensação de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	24

25	dificuldade de falar ?	NÃO	SIM	
	dificuldade de urinar ?	NÃO	SIM	
26	perda do tato ou sensações dolorosas ?	NÃO	SIM	
27	visão dupla ou cegueira por alguns momentos?	NÃO	SIM	
28	ficar surdo ou ter desmaios ou convulsões ?	NÃO	SIM	
29	períodos importantes de perda de memória?	NÃO	SIM	
30	sensações inexplicadas no seu corpo ?	NÃO	SIM	
31	(CLÍNICO: AVALIAR SE SE TRATA DE ALUCINAÇÕES SOMÁTICAS)			
	HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA “SIM” EM R5 ?	→ NÃO	SIM	
R6	Esses problemas foram investigados pelo seu médico?	NÃO	SIM	32
R7	Uma doença física foi encontrada ou você tomava alguma droga ou medicamento que podia explicar esses problemas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			33
	R6 E R7 (SUMÁRIO): JULGAMENTO DO CLÍNICO: UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	NÃO	SIM	
R8	Esses problemas ou a incapacidade que eles causavam eram muito mais importantes do que se podia esperar considerando a gravidade da doença ?	NÃO	SIM	34
	R7 (SUMÁRIO) OU R8 É COTADA SIM?	→ NÃO	SIM	
R9	Os problemas /sintomas descritos eram produzidos ou simulados de propósito (COMO NO TRANSTORNO FACTÍCIO) ?	→ NÃO	SIM	35

R9 É COTADA NÃO ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO VIDA INTEIRA	

R10 Atualmente você ainda apresenta esses problemas ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO ATUAL (p. 469)	

S. HIPOCONDRIA (p. 485)

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

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

T. TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL (p. 488)

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

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

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

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

SOLICITAR COLABORAÇÃO DA FAMÍLIA OU RESPONSÁVEIS PARA COLHER ESSAS INFORMAÇÕES.

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

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

V2 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA CONDUTA ATUAL (p. 120)	

**Subtipos
apropriado**

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

Assinalar tudo que for

-
-
-
-
-

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

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

SOLICITAR COLABORAÇÃO DA FAMÍLIA OU RESPONSÁVEIS PARA COLHER ESSAS INFORMAÇÕES.

Nos últimos 12 meses, frequentemente:

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

Nos últimos 6 meses, frequentemente:

W2	a	Aagitava as mãos ou os pés ou se remexia na cadeira ?	NÃO	SIM	10
	b	Levantava da sua cadeira em sala de aula ou em outras situações em que deveria ficar sentado ?	NÃO	SIM	11
	c	Corria ou pulava demais quando não deveria ou quando outras pessoas não queriam que fizesse isso ?	NÃO	SIM	12
	d	Tinha dificuldades de brincar em silêncio ?	NÃO	SIM	13
	e	Sentia-se a “todo vapor” ou “a mil por hora” ?	NÃO	SIM	14
	f	Falava demais ?	NÃO	SIM	15
	g	Respondia precipitadamente, antes mesmo que as perguntas fossem completadas ?	NÃO	SIM	16
	h	Tinha dificuldade de esperar a sua vez ?	NÃO	SIM	17
	i	Interrompia ou se intrometia nos assuntos dos outros ?	NÃO	SIM	18
		W2 (SUMÁRIO): HÁ 6 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM W2?	NÃO	SIM	

W3		Alguns desses problemas de agitação ou de falta de atenção de que falamos começaram antes dos 7 anos de idade ?	NÃO	SIM	19
W4		Esses comportamentos causaram problemas em duas ou mais das seguintes situações: na escola, no trabalho, em casa, ou com seus amigos ou familiares ?	NÃO	SIM	20

W4 É COTADA SIM ?

NÃO SIM

**TRANSTORNO DE DÉFICIT
DE ATENÇÃO/
HIPERATIVIDADE
ATUAL
(p. 112)**

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (Adulto)

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

Quando criança:

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

→

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

NÃO SIM

→

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

Enquanto adulto:

W7	a	Ainda é muito distraído (a) ?	NÃO	SIM	32
	b	É intrometido(a), ou diz coisas para amigos, ou no trabalho ou em casa, das quais se arrepende depois?	NÃO	SIM	33
	c	É impulsivo(a), ainda que tendo melhor controle do que quando era criança ?	NÃO	SIM	34
	d	Ainda é muito inquieto(a), agitado(a), impaciente, está sempre “a mil por hora”, ainda que tendo melhor controle do que quando era criança ?	NÃO	SIM	35
	e	Ainda é irritável e fica muito enraivecido(a) sem necessidade ?	NÃO	SIM	36
	f	Ainda é impulsivo(a), por exemplo, tende a gastar mais dinheiro do que realmente deveria ?	NÃO	SIM	37
	g	Tem dificuldades de organizar seu trabalho?	NÃO	SIM	38
	h	Tem dificuldades de se organizar mesmo fora do seu trabalho?	NÃO	SIM	39
	i	É subempregado(a) ou trabalha 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 chuva ou fora de foco?	NÃO	SIM	45

→

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

NÃO SIM

→

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

W8 É COTADA SIM ?

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

X. TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO (p. 637)

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

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

X1	Tem apresentado problemas emocionais ou de comportamento decorrentes de algum fato ou situação de vida muito estressante ? [EXEMPLOS: ansiedade, depressão, queixas físicas, comportamentos desviantes (brigas, dirigir perigosamente, vandalismo, faltar às aulas, desrespeitar os direitos dos outros, fazer coisas ilegais)].	→ NÃO	SIM	1
X2	Esses problemas emocionais ou de comportamento começaram durante os 3 meses que se seguiram ao fato ou à situação de vida estressante de que falou ?	→ NÃO	SIM	2
X3	a Esses problemas emocionais ou de comportamento o(a) perturbam mais do que se poderia esperar ?	→ NÃO	SIM	3
	b Esses problemas emocionais ou de comportamento o(a) perturbam no seu trabalho, na escola, nas suas atividades cotidianas ou nas suas relações sociais ?	→ NÃO	SIM	4
X4	Esses problemas emocionais ou de comportamento foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais ao que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?	→ NÃO	SIM	5
	UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	→ NÃO	SIM	5
X5	Esses problemas emocionais ou de comportamento persistiram durante mais de 6 meses depois que esse fato / situação de vida estressante terminou ? (SE O FATO / SITUAÇÃO ESTRESSANTE AINDA ESTÁ PRESENTE COTAR NÃO).	→ NÃO	SIM	6

OS SEGUINTE SINTOMAS EMOCIONAIS / DE COMPORTAMENTO ESTÃO PRESENTES ?

QUALIFICADORES:

ASSINALAR TUDO QUE FOR APROPRIADO

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

SE ASSINALADOS:

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

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

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

Y. TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL (Apêndice B – p. 721)

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

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

HÁ PELO MENOS 5 RESPOSTAS "SIM" EM Y3 ?

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

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL PROVÁVEL ATUAL	

Z. TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO (Apêndice B - p. 729)

NÃO UTILIZAR ESSE MÓDULO ISOLADAMENTE SEM ANTES COMPLETAR TODOS OS MÓDULOS REFERENTES AOS TRANSTORNOS ANSIOSOS E DO HUMOR.
 [PULAR ESSE MÓDULO SE OS CRITÉRIOS PARA QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ FORAM PREENCHIDOS E ASSINALAR NÃO NO QUADRO DIAGNÓSTICO].
 (→ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM.)

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

Z6 **Z5c** É COTADA NÃO?

NÃO	SIM
TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO ATUAL	

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

Transtorno Depressivo Maior

Episódio Único/F32.x

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

Episódio Recorrente/F33.x

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

Transtorno Distímico

300.4/F34.1

Mania

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

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

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

296.40/F31.0	Hipomaníaco
296.40	inespecificado

Indiferenciado

296.41/F31.1	leve
296.42/F31.1	moderado

Compartilhado

296.43/F31.1	severo sem aspectos psicóticos
296.44/F31.2	severo com aspectos psicóticos

a.....

296.45/F31.7	em remissão parcial
296.46/F31.7	em remissão completa

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

a.....

296.50	inespecificado
--------	----------------

geral)

296.51/F31.3	leve
296.52/F31.3	moderado
296.53/F31.4	severo sem aspectos psicóticos
296.54/F31.5	severo com aspectos psicóticos

a.....

296.55/F31.7	em remissão parcial
296.56/F31.7	em remissão completa

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

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

Transtorno do Pânico/F40.01

Fobia Social (Tr. de Ansiedade Social)

300.23/F40.1

Fobia Específica

300.29/F40.2

Transtorno Obsessivo-compulsivo

300.30/F42.8

Transtorno de Ansiedade Generalizada

300.02/F41.1

Abuso / Dependência de Substâncias

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

Transtornos Psicóticos

295.10/F20.1x	Esquizofrenia, Tipo Desorganizado
295.20/F20.2x	Esquizofrenia, Tipo Catatônico
295.30/F20.0x	Esquizofrenia, Tipo Paranoide
295.40/F20.8	Transtorno Esquizofreniforme
295.60/F20.5x	Esquizofrenia, Tipo Residual
295.70/F25.x	Transtorno Esquizoafetivo
295.90/F20.3x	Esquizofrenia, Tipo
297.10/F22.0	Transtorno Delirante
297.30/F24	Transtorno Psicótico

293.81/F06.2 Transtorno Psicótico devido

(indicar a condição médica geral) com Delírios

293.82/F06.0 Transtorno Psicótico devido

(indicar a condição médica

com Alucinações

293.89/F06.4 Transtorno Ansioso devido a.....

(indicar a condição médica geral)

293.89/F06.x Transtorno Catatônico devido

(indicar a condição médica geral)

298.80/F23.xx Transtorno Psicótico Breve

298.90/F29 Transtorno Psicótico SOE

Anorexia Nervosa

307.10/F50.0

Bulimia Nervosa

307.51/F50.2

Transtorno de Estresse Pós-Traumático

309.81/F43.1

Risco de Suicídio

Nenhum código alocado

Transtorno da Personalidade Anti-social

301.70/F60.2

300.01/F41.0	Sem Agorafobia	Transtornos Somatoformes
300.21/F40.01	Com Agorafobia	300.81/F45.0 Transtorno de Somatização
Agoraphobia		300.70/F45.2 Hipocondria
300.22/F40.00	Sem história de Transtorno de Pânico	300.70/F45.2 Transtorno Dismórfico Corporal
Transtornos Dolorosos		
307.80/F45.4	Transtorno Doloroso associado com fatores psicológicos	
307.89/F45.4	Transtorno Doloroso associado com fatores psicológicos e com uma condição médica geral	
Transtorno da Conduta		
312.80/F91.8		
Transtornos de Déficit de Atenção/ Hiperatividade		
314.01/F90.0	Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Combinado	
314.00/F98.8	Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento	
314.01/F90.0	Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-impulsivo	
Transtornos de Ajustamento		
309.00/F43.20	Transtorno de Ajustamento com humor depressivo	
309.24/F43.28	Transtorno de Ajustamento com ansiedade	
309.28/F43.22	Transtorno de Ajustamento misto de ansiedade e depressão	
309.30/F43.24	Transtorno de Ajustamento, com perturbação da conduta	
309.40/F43.25	Transtorno de Ajustamento, com perturbação mista das emoções e conduta	
309.90/F43.9	Transtorno de Ajustamento, sem especificação	
Transtorno Disfórico Pré-menstrual		
	Nenhum código alocado	

CRITÉRIOS PARA EXCLUIR OUTROS TRANSTORNOS DO EIXO I

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

Questão

Sim Não

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

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

Em qualquer situação em que:

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

REFERÊNCIAS

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

Translations

Afrikaans

Alemão

Árabe

Basco

Bengali

Búlgaro

Catalão

Checo

Chinês

Coreano

Croata

Dinamarquês

Esloveno

Espanhol

Estonian

Farsi/Persa

Finlandês

Francês

Grego

Gujarati

Hebreu

Hindi

Holandês/Flamenco

Húngaro

Inglês

Islandês

Italiano

Japonês

Letão

Norueguês

Polaco

Português

Português - Brasil

Punjabi

Romeno

Russo

Sérvio

Setswana

Sueco

Turco

Urdu

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

R. Emsley

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

P. Bech

M. Kocmur

L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier

O. Soto, L. Franco, G. Heinze

J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl

K. Khooshabi, A. Zomorodi

M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen

Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, L. Bonora, J.P. Lepine

S. Beratis

J. Zohar, Y. Sasson

I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen

I. Bitter, J. Balazs

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan,

E. Knapp, M. Sheehan

L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano,

Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller

V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads

G. Pedersen, S. Blomhoff

M. Masiak, E. Jasiak

P. Amorim

P. Amorim

I. Timotijevic

M. Waern., S. Andersch, M. Humble

T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip

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

G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil

O. Osman, E. Al-Radi

Em preparação

H. Banerjee, A. Banerjee

L.G.. Hranov

Em preparação

P. Zvlosky

L. Carroll, K-d Juang

Em preparação

Em preparação

P. Bech, T. Schütze

M. Kocmur

L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-Garcia,

M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen

Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta

T. Calligas, S. Beratis

M. Patel, B. Patel

R. Barda, I. Levinson

C. Mittal, K. Batra, S. Gambhir

E. Griez, K. Shruers, T. Overbeek, K. Demyttenaere

I. Bitter, J. Balazs

D. Sheehan, R. Baker, J. Janavs, K. Harnett-Sheehan,

M. Sheehan

J.G. Stefansson

L. Conti, A. Rossi, P. Donda

T. Otsubo, H. Watanabe, H. Miyaoka, K. Kamijima,

J. Shinoda, K. Tanaka, Y. Okajima

V. Janavs, J. Janavs

K.A. Leiknes, U. Malt, E. Malt, S. Leganger

M. Masiak, E. Jasiak

P. Amorim, T. Guterres, P. Levy

~~P. Amorim~~ Cláudio Drews Jr.

A. Gahunia, S. Gambhir

O. Driga

A. Bystritsky, E. Selivra, M. Bystritsky

I. Timotijevic

K. Ketlogetswe

C. Allgulander, M. Waern, A. Brimse, M. Humble, H. Agren

T. Örnek, A. Keskiner

A. Taj, S. Gambhir

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

Os autores agradecem a : Dr. Pauline Powers por suas contribuições nos módulos Anorexia e Bulimia Nervosa

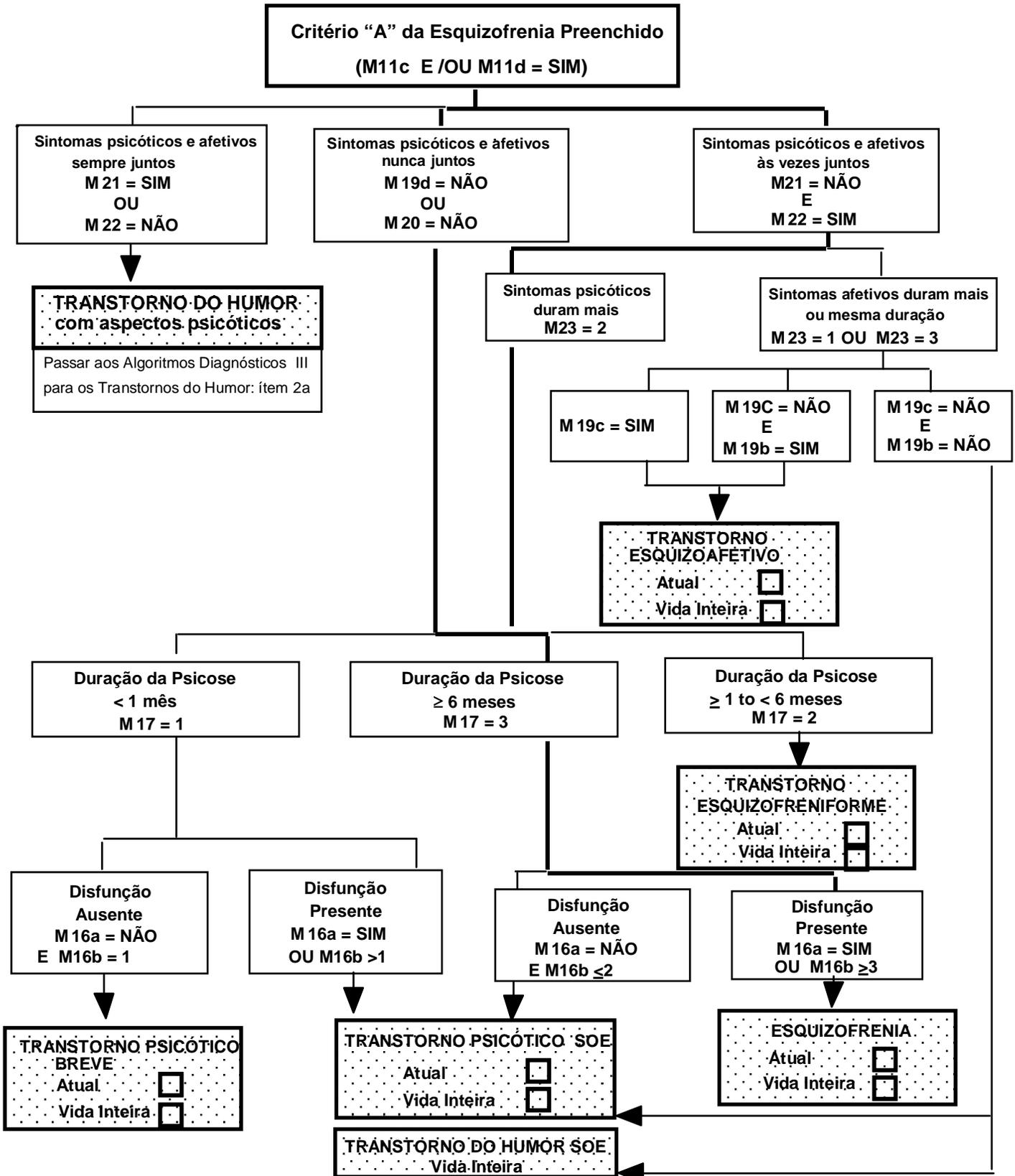
Dr. Humberto Nagera por suas contribuições nos módulos TDAH (para crianças e adultos)

Drs. Jonathan Cohen e Donald Klein por suas sugestões no módulo Transtorno do Pânico do MINI Plus

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

TRANSTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I

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



TRANSTORNOS 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 → VÁ PARA 2c
 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
• Esquizofrenia (295.1-295.6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Transtorno Esquizofreniforme (295.4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Transtorno Esquizoafetivo (295.7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• TP Breve (295.8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Transtorno Delirante (297.1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• TP devido à condição médica geral (293.81-82)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• TP induzido por substância(s) (291.5; 292.11-12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• TP sem outra especificação (298.9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TRANSTORNOS DO HUMOR (código)			
• Transtorno Depressivo Maior (296.20-36)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> com aspectos psicóticos (296.24; 296.34)			
<input type="checkbox"/> sem aspectos psicóticos			
• Transtorno Bipolar tipo I (296.0x; 296.4x-5x-6x-7)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> com aspectos psicóticos (296.04-44-54-64)			
<input type="checkbox"/> sem aspectos psicóticos			
• Transtorno Bipolar tipo II (296.89)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• TH sem outra especificação (296.9)	<input type="checkbox"/>		
• TH devido à condição médica geral (293.83)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Episódio Depressivo Maior			
<input type="checkbox"/> Episódio Hipomaniaco			
<input type="checkbox"/> Episódio Maníaco			
• TH induzido por substância(s) (291.8; 292.84)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Episódio Depressivo Maior			
<input type="checkbox"/> Episódio Hipomaniaco			
<input type="checkbox"/> Episódio Maníaco			

2. DIAGNÓSTICO CORRIGIDO DE TRANSTORNO PSICÓTICO ATUAL

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

NÃO SIM

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

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

3. DIAGNÓSTICO ATUAL PRINCIPAL

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

4. DÚVIDAS DIAGNÓSTICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. OUTRAS OBSERVAÇÕES

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