

# M.I.N.I. PLUS

## MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

### Brazilian Version 5.0.0

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

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



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

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

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

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

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

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

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

MÓDULOS	PERÍODO EXPLORADO	CRITÉRIOS PREENCHIDOS	DSM-IV	ICD-10
A	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (EDM)	Atual (2 semanas) <input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Único	F32.x
		Passado <input type="checkbox"/>	296.30-296.36 Recorrente	F33.x
	TRANSTORNO DO HUMOR DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual <input type="checkbox"/>	293.83	F06.xx
		Passado <input type="checkbox"/>	293.83	F06.xx
	TRANSTORNO DO HUMOR INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual <input type="checkbox"/>	29x.xx	nenhum
		Passado <input type="checkbox"/>	29x.xx	nenhum
	EDM COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS	Atual (2 semanas) <input type="checkbox"/>	296.20-296.26 Single	F32.x
			296.30-296.36 Recurrent	F33.x
B	TRANSTORNO DISTÍMICO	Atual (Últimos 2 anos) <input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
		Passado <input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
C	RISCO DE SUICÍDIO	Atual (Último mês) <input type="checkbox"/>	nenhum	nenhum
		Risco: <input type="checkbox"/> Baixo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Alto		
D	EPISÓDIO MANÍACO	Atual <input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
		Passado <input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual <input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
		Passado <input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	EPISÓDIO MANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual <input type="checkbox"/>	293.83	F06.30
		Passado <input type="checkbox"/>	293.83	F06.30
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual <input type="checkbox"/>	293.83	nenhum
		Passado <input type="checkbox"/>	293.83	nenhum
	EPISÓDIO MANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual <input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
		Passado <input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual <input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
		Passado <input type="checkbox"/>	291.8-292.84	nenhum
E	TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (Último mês) <input type="checkbox"/>	300.01/300.21F40.01-F41.0	
		Vida inteira <input type="checkbox"/>	300.01/300.21F40.01-F41.0	
	TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual <input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
	TRANSTORNO ANSIOSO COM ATAQUES DE PÂNICO INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual <input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
F	AGORAFOBIA	Atual <input type="checkbox"/>	300.22	F40.00
G	FOBIA SOCIAL	Atual (Último mês) <input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H	FOBIA ESPECÍFICA	Atual <input type="checkbox"/>	300.29	F40.2
I	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)	Atual (Último mês) <input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
	TOC DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL	Atual <input type="checkbox"/>	293.89	F06.4
	TOC INDUZIDO POR SUSTÂNCIA	Atual <input type="checkbox"/>	291.8-292.89	nenhum
J	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (Último mês) <input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
K	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses) <input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL	Vida inteira <input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	ABUSO DE ÁLCOOL	(Últimos 12 meses) <input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
	ABUSO DE ÁLCOOL	Vida inteira <input type="checkbox"/>	305.00	F10.1
L	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses) <input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
	DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	Vida inteira <input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
	ABUSO DE SUBSTÂNCIA (Não álcool)	(Últimos 12 meses) <input type="checkbox"/>	304.00-.90/305.20-.90	F11.0-F19.1
M	TRANSTORNOS PSICÓTICOS	Vida inteira <input type="checkbox"/>	295.10-295.90/297.1/	F20.xx-F29
		Atual <input type="checkbox"/>	297.3/293.81/293.82/293.89/298.8/298.9	
	TRANSTORNO DO HUMOR COM CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS	Vida inteira <input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
	ESQUIZOFRENIA	Atual <input type="checkbox"/>	295.10-295.60	F20.xx
		Vida inteira <input type="checkbox"/>	295.10-295.60	F20.xx
	TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO	Atual <input type="checkbox"/>	295.70	F25.x
		Vida inteira <input type="checkbox"/>	295.70	F25.x
	TRANSTORNO ESQUIZOFRENIFORME	Atual <input type="checkbox"/>	295.40	F20.8
		Vida inteira <input type="checkbox"/>	295.40	F20.8
	TRANSTORNO PSICÓTICO BREVE	Atual <input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81
		Vida inteira <input type="checkbox"/>	298.8	F23.80-F23.81

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

## ALERTA

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

## INSTRUÇÕES GERAIS

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

---

### • Entrevista:

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

### • Apresentação:

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

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

### • Convenções:

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

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

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

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

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

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

### • Instruções de cotação :

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

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

---

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

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

Yves LECRUBIER, M.D. / Thierry HERGUETA, M.S.  
Inserm U302  
Hôpital de la Salpêtrière  
47, boulevard de l’Hôpital  
F. 75651 PARIS  
FRANCE  
tel: +33 (0) 1 42 16 16 59  
fax: +33 (0) 1 45 85 28 00  
e-mail : [hergueta@ext.jussieu.fr](mailto:hergueta@ext.jussieu.fr)

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

## A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

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

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

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

A1	a Alguma vez sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas ?	NÃO	SIM	1
	<b>SE A1a = SIM:</b>			
	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
	<b>SE A1a = SIM:</b>			
	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
	<b>A1a OU A2a SÃO COTADAS SIM ?</b>	→ NÃO	SIM	

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

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

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

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

		<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	10
g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	11
A4	HÁ 3 OU MAIS RESPOSTAS "SIM" EM A3 (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS, SE A1a OU A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE A1b OU A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	
VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS.						
SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						
A5	Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	12
SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						
A6	Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ?					
	UM LUTO NÃO COMPLICADO FOI EXCLUÍDO ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	13
SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 E A6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						
A7 a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim					
<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>						
<b>A7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 14</b>						
SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.						

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

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

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

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

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

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

CRONOLOGIA

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

## EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

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

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

- |       |   |          |     |    |
|-------|---|----------|-----|----|
| A13 a | <b>A2b</b> É COTADA <b>SIM</b> ?  | NÃO      | SIM |    |
| b     | Durante este último período de depressão, quando sentiu-se pior, perdeu a capacidade de reagir às coisas que antes lhe agradavam ou o (a) alegravam?<br><b>SE NÃO:</b> Quando acontecia alguma coisa agradável, era incapaz de sentir-se melhor, mesmo temporariamente? | NÃO      | SIM | 17 |
|       | <b>A13a</b> <u>OU</u> <b>A13b</b> SÃO COTADAS <b>SIM</b> ?  | →<br>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 | <b>A3c</b> É COTADA <b>SIM</b> (ALTERAÇÕES PSICOMOTORAS)?  | NÃO | SIM |    |
| e | <b>A3a</b> É COTADA <b>SIM</b> (ALTERAÇÕES DO APETITE / DO PESO)?  | NÃO | SIM |    |
| f | Sentia-se excessivamente culpado(a) ou sentia uma culpa exagerada em relação à situação que vivia?                         | NÃO | SIM | 21 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A14 ?

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

## SUBTIPOS DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

## Assinale tudo que se aplica

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

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

## B. TRANSTORNO DISTÍMICO

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

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

### ESPECIFICAR O PERÍODO DE TEMPO EXPLORADO ABAIXO:

- Atual
- Passado

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo ? [OU, SE ESTÁ EXPLORANDO TRANSTORNO DISTÍMICO PASSADO: "No passado, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo, por um período de 2 anos ou mais ?"]	➔ NÃO	SIM	22
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	➔ SIM	23
B3	<b>Desde que se sente [Durante esse período em que se sentia]deprimido(a) a maior parte do tempo:</b>			
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
<b>TRANSTORNO DISTÍMICO</b>	
Atual	<input type="checkbox"/>
Passado	<input type="checkbox"/>

CRONOLOGIA

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

idade 32

## C. RISCO DE SUICÍDIO

**Durante o último mês:**

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

## D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

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

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

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

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

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

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

**SE D1a = SIM:**

	b	Sente-se, atualmente, eufórico (a) ou cheio (a) de energia?	NÃO	SIM	2
--	---	---	-----	-----	---

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

**SE D2a = SIM:**

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

**D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?**

→  
NÃO    SIM

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

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

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

**Episódio Atual**      **Episódio Passado**

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

VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO.

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

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

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

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

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

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

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

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b>EPISÓDIO HIPOMANÍACO</b>	
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.

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b>EPISÓDIO MANÍACO</b>	
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.

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

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

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

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

### 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 ?

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

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b> <sup>14</sup>
<i>Ciclagem Rápida</i>	

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b> <sup>15</sup>
<i>Episódio Misto</i>	

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b> <sup>16</sup>
<i>Padrão Sazonal</i>	

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

### ASSINALAR A OPÇÃO QUE SE APLICA

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

### GRAVIDADE

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

### CRONOLOGIA

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

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

## E. TRANSTORNO DE PÂNICO

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

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

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

## F. AGORAFOBIA

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

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

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

<b>NÃO</b>	<b>SIM 23</b>
<b>AGORAFOBIA VIDA INTEIRA</b>	

F3 Atualmente teme ou evita esses lugares ou situações ?

<b>NÃO</b>	<b>SIM 24</b>
<b>AGORAFOBIA ATUAL</b>	

**SE SIM, ASSINALAR SE:**  
**F2**  vida inteira      **F3**  atual  
**AGORAFOBIA (F2 / F3) É COTADA SIM?**      **E6**  vida inteira      **E8**  atual  
**TRANSTORNO DE PÂNICO (E6/ E8) É COTADO SIM ?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**CRONOLOGIA**

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

[ ] idade 25

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

[ ] 26

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

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

G1	Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais, por exemplo: quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando ?	→ NÃO	SIM	1
G2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
G3	Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
G4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">NÃO <span style="float: right;">4</span> SIM</p> <p style="text-align: center;"><b>FOBIA SOCIAL</b> (Transtorno de Ansiedade Social) <b>ATUAL</b></p> </div>		
<b>SUBTIPOS</b>				
	Você teme ou evita mais de 4 situações sociais ?	NÃO	SIM	
	<b>SE SIM → Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) Generalizada(o)</b>			
	<b>SE NÃO → Fobia Social (Transtorno de Ansiedade Social) não generalizada(o)</b>			
<b>CRONOLOGIA</b>				
G5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações sociais de que falamos ?	<input type="text"/>	idade	5
G6	No último ano, durante quantos meses teve medo importante das as situações sociais de que falamos ?	<input type="text"/>		6

## H. FOBIA ESPECÍFICA

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

H1	Durante o último mês, você teve um medo intenso e persistente de coisas ou situações como por exemplo : voar, dirigir, alturas, trovões, animais, insetos, ver sangue, tomar injeção ?	→ NÃO	SIM	1
H2	Acha que esse medo é excessivo ou injustificado ?	→ NÃO	SIM	2
H3	Tem tanto medo dessas situações que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ?	→ NÃO	SIM	3
H4	Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <p style="text-align: center;">NÃO <span style="float: right;">4</span> SIM</p> <p style="text-align: center;"><b>FOBIA ESPECÍFICA</b> <b>ATUAL</b></p> </div>		
<b>CRONOLOGIA</b>				
H5	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações de que falamos ?	<input type="text"/>	idade	5
H6	No último ano, durante quantos meses teve medo importante dessas situações ?	<input type="text"/>		6



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

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

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

NÃO SIM 1  
→ passar a I4

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

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

NÃO SIM 2  
→ passar a I4

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

NÃO SIM 3  
**obsessões**

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

NÃO SIM 4  
**compulsões**

**I3 OU I4 SÃO COTADAS SIM?**

→  
NÃO SIM

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

→  
NÃO SIM 5

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

NÃO SIM 6

I7 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?  Não  Sim

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

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

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

**I6 E I7 (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?**

NÃO	SIM
<b>T.O.C. ATUAL</b>	

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

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

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

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

CRONOLOGIA

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

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

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

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

J1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo(a) e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física?  EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO À MÃO ARMADA, SEQÜESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ 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

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

<b>J4 Durante o último mês:</b>				
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
<b>J4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM J4 ?</b>		→ NÃO	SIM	
J5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

**J5 É COTADA SIM ?**

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

### CRONOLOGIA

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

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

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM k2 ?

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

K3	<b>Nos últimos 12 meses:</b>		
	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 " <b>SIM</b> " SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS)	NÃO    SIM	9
	b    Por várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso... ?	NÃO    SIM	10
	c    Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	NÃO    SIM	11
	d    Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas ?	NÃO    SIM	12

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K3 ?

NÃO	SIM
<b>ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL</b>	

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

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

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

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K5 ?

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

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

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K6 ?

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

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

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

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

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

**ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBTÂNCIA CONSUMIDA:**

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

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

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

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

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

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

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

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

Toma outras substâncias?

**ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S):** \_\_\_\_\_

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

**Assinalar**

SOMENTE UMA SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) QUE ESTÁ SENDO CONSUMIDA

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

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM L2 ?

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

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) VIDA INTEIRA	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**L3a E L3b (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?**

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

NÃO	→ SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

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

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

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM L4 ?

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

<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>
<b>ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL</b>	

CRONOLOGIA

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

## M. TRANSTORNOS PSICÓTICOS - Parte 1

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

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

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

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

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

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



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

### JULGAMENTO DO CLÍNICO

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

M11 b

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

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

**SE NÃO**, CONTINUAR.

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

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

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

NÃO	SIM
<b>Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido ATUAL</b>	<b>Critério A da Esquizofrenia preenchido ATUAL</b>

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

NÃO	SIM
<b>Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido VIDA INTEIRA</b>	<b>Critério A da Esquizofrenia preenchido VIDA INTEIRA</b>

OU M11c É COTADA "SIM" ?

- M12 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?  Não  Sim
- b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?  
 Não  Sim
- c *NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA PSICOSE ? ( FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).*  Não  Sim
- d UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?? NÃO SIM INCERTO 21
- SE M12d = NÃO: COTAR M13 (a, b) E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE  
SE M12d = SIM: COTAR NÃO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14  
SE M12d = INCERTO: COTAR INCERTO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14

M13a

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

SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:

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

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

M13b

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

SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:

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

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

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

M15 a **Durante ou depois** desse (de um desses) período(s) em teve essas crenças/experiências, você teve dificuldades para trabalhar, ou dificuldades para se relacionar com as pessoas ou dificuldades para cuidar de si mesmo(a) ? NÃO SIM 25

b SE SIM : Quanto tempo duraram essas dificuldades?  
SE ≥ 6 MESES, PASSAR PARA M16. \_\_\_\_\_ 26

c Você foi tratado(a) com medicamentos ou foi hospitalizado(a) por causa dessas crenças/experiências, ou das dificuldades / problemas que elas causaram? NÃO SIM 27

d SE SIM : Quanto tempo durou esse tratamento com medicamentos / a hospitalização mais longa por causa desses problemas ? \_\_\_\_\_ 28

M16 a O(A) ENTREVISTADO(A) DESCREVE UM FUNCIONAMENTO DETERIORADO (M15a = SIM) OU FOI TRATADO / HOSPITALIZADO POR PSICOSE (M15c = SIM). NÃO SIM 29

b JULGAMENTO DO CLÍNICO: CONSIDERANDO SUA EXPERIÊNCIA, A DISFUNÇÃO CAUSADA PELA PSICOSE, AO LONGO DA VIDA DO(A) ENTREVISTADO(A) É: (1) ausente (2) leve 30

(3) moderada

(4) severa

M17 QUAL É A DURAÇÃO TOTAL DA PSICOSE, CONSIDERANDO A FASE ATIVA (M14) E AS DIFICULDADES ASSOCIADAS (M15b) E O TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO (M15d) ? (1) ≥ 1 dia a <1 mês (2) ≥ 1 mês a <6 meses (3) ≥ 6 meses 31

CRONOLOGIA

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

## TRANSTORNOS PSICÓTICOS - PARTE 2

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DO HUMOR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PARA OS TRANSTORNOS DO HUMOR ➔ ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

## N. ANOREXIA NERVOSA

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

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

cm.
kgs.

### 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
<b>ANOREXIA NERVOSA ATUAL</b>	

### CRONOLOGIA

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

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

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

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

## O. BULIMIA NERVOSA

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

O1	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	→ NÃO	SIM	10						
O2	Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos 2 vezes por semana ?	→ NÃO	SIM	11						
O3	Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come ?	→ NÃO	SIM	12						
O4	Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome ?	→ NÃO	SIM	13						
O5	Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais ?	→ NÃO	SIM	14						
O6	O (A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UMA ANOREXIA NERVOSA (QUESTÃO N6=SIM)?	NÃO	SIM	15						
		↓ passar a O8								
O7	Estas crises de “comer descontroladamente” ocorrem <b>sempre</b> que o seu peso é inferior a ____ Kgs ? <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	<b>O5 É COTADA “SIM” E O7 COTADA “NÃO” (OU NÃO COTADA)?</b>	<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;"><b>BULIMIA NERVOSA ATUAL</b></td> </tr> </table>			NÃO	SIM	<b>BULIMIA NERVOSA ATUAL</b>			
NÃO	SIM									
<b>BULIMIA NERVOSA ATUAL</b>										
<b>CRONOLOGIA</b>										
O9	Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou crises de comer descontroladamente ?	<input style="width: 40px; height: 20px;" 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; height: 20px;" type="text"/>		18						
O11	No último ano, durante quantos meses apresentou crises de comer descontroladamente ?	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>		19						
O12	<b>SUBTIPOS DE BULIMIA NERVOSA</b> Após comer descontroladamente, regularmente faz coisas como provocar vômitos, ou tomar laxantes, diuréticos ou fazer lavagem intestinal (enemas) para perder peso? <small>[NO TIPO NÃO-PURGATIVO O(A) ENTREVISTADO(A) UTILIZA-SE DE OUTROS COMPORTAMENTOS COMO PURGATIVOS PARA PERDER PESO, COMO PURGATIVOS ENEMAS]</small>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM <sup>20</sup></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><i>Tipo sem purgação</i></td> <td style="text-align: center;"><i>Tipo purgativo</i></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>BULIMIA NERVOSA ATUAL</b></td> </tr> </table>			NÃO	SIM <sup>20</sup>	<i>Tipo sem purgação</i>	<i>Tipo purgativo</i>	<b>BULIMIA NERVOSA ATUAL</b>	
NÃO	SIM <sup>20</sup>									
<i>Tipo sem purgação</i>	<i>Tipo purgativo</i>									
<b>BULIMIA NERVOSA ATUAL</b>										
<b>SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVOSA</b>										
Tipo Compulsão Periódica / Purgativo										
<b>O7 E O12 SÃO COTADAS SIM?</b>										
Tipo Restritivo										
Para perder peso, você regularmente faz jejum ou faz exercícios exaustivos, mas não usa métodos como provocar vômitos, ou fazer uso indevido de laxantes, diuréticos ou lavagem intestinal (enemas) ?										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM <sup>21</sup></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>ANOREXIA NERVOSA ATUAL</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>Tipo Compulsão Periódica / Purgativo</i></td> </tr> </table>					NÃO	SIM <sup>21</sup>	<b>ANOREXIA NERVOSA ATUAL</b>		<i>Tipo Compulsão Periódica / Purgativo</i>	
NÃO	SIM <sup>21</sup>									
<b>ANOREXIA NERVOSA ATUAL</b>										
<i>Tipo Compulsão Periódica / Purgativo</i>										
<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 <sup>22</sup></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>ANOREXIA NERVOSA ATUAL</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>Tipo Restritivo</i></td> </tr> </table>					NÃO	SIM <sup>22</sup>	<b>ANOREXIA NERVOSA ATUAL</b>		<i>Tipo Restritivo</i>	
NÃO	SIM <sup>22</sup>									
<b>ANOREXIA NERVOSA ATUAL</b>										
<i>Tipo Restritivo</i>										

## P. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA



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

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

## CRONOLOGIA

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

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

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

### Q1 Antes dos 15 anos:

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

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

### Q2 Depois dos 15 anos:

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM Q2 ?

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



## R. TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO (opcional)

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

R1	a	Antes dos 30 anos, teve muitos problemas ou sintomas físicos para os quais um diagnóstico preciso não foi achado ?	→ NÃO	SIM	1
	b	Esses problemas / sintomas físicos persistiram por vários anos ?	→ NÃO	SIM	2
	c	Você consultou um médico por causa desses problemas / sintomas físicos ?	→ NÃO	SIM	3
	d	Esses problemas / sintomas físicos o(a) perturbaram na escola, no trabalho, nas suas relações sociais ou nas suas atividades cotidianas ?	→ NÃO	SIM	4
<b>Entre esses vários problemas físicos que teve e que o(a) perturbaram durante vários anos:</b>					
R2	Teve dores:	de cabeça ?	NÃO	SIM	5
		de barriga ?	NÃO	SIM	6
		nas costas ?	NÃO	SIM	7
		nas juntas, nos braços ou nas pernas, no peito ou no reto ?	NÃO	SIM	8
		durante a menstruação ?	NÃO	SIM	9
		durante as relações sexuais ?	NÃO	SIM	10
		para urinar ?	NÃO	SIM	11
		HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM R2 ?	→ NÃO	SIM	
R3	Teve algum dos seguintes problemas abdominais:	náuseas ?	NÃO	SIM	12
		gases ?	NÃO	SIM	13
		vômitos ?	NÃO	SIM	14
		diarréia ?	NÃO	SIM	15
		intolerância a vários alimentos ?	NÃO	SIM	16
		HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM R3 ?	→ NÃO	SIM	
R4	Teve algum dos seguintes problemas:	perda do interesse sexual ?	NÃO	SIM	17
		dificuldades de ereção ou de ejaculação ?	NÃO	SIM	18
		ciclos menstruais irregulares ?	NÃO	SIM	19
		sangramentos abundantes durante a menstruação ?	NÃO	SIM	20
		vômitos durante a gravidez ?	NÃO	SIM	21
		HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM R4 ?	→ NÃO	SIM	
R5	Teve algum dos seguintes problemas:	paralisia ou fraqueza em algumas partes de seu corpo?	NÃO	SIM	22
		dificuldades de coordenação ou sensação de desequilíbrio ?	NÃO	SIM	23
		dificuldade de engolir ou sensação de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM	24
		dificuldade de falar ?	NÃO	SIM	25
		dificuldade de urinar ?	NÃO	SIM	26
		perda do tato ou sensações dolorosas ?	NÃO	SIM	27
		visão dupla ou cegueira por alguns momentos?	NÃO	SIM	28
		ficar surdo ou ter desmaios ou convulsões ?	NÃO	SIM	29
		períodos importantes de perda de memória?	NÃO	SIM	30
		sensações inexplicadas no seu corpo ?	NÃO	SIM	31
		(CLÍNICO: AVALIAR SE SE TRATA DE ALUCINAÇÕES SOMÁTICAS)			
		HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM R5 ?	→ NÃO	SIM	

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

**R9 É COTADA NÃO ?**

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

R10 Atualmente você ainda apresenta esses problemas ?

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

## S. HIPOCONDRIA

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

S1	Nos últimos 6 meses, esteve excessivamente preocupado(a) ou com medo de ter uma doença física grave ? NÃO COTAR SIM SE QUALQUER DOENÇA FÍSICA PODE EXPLICAR OS SINAIS / SINTOMAS SOMÁTICOS DESCRITOS PELO(A) ENTREVISTADO(A).	→ NÃO	SIM	1				
S2	Teve essa preocupação/ esse medo durante 6 meses ou mais ?	→ NÃO	SIM	2				
S3	Foi examinado(a) por um médico por causa desses problemas ?	→ NÃO	SIM	3				
S4	A preocupação/ o medo de ter uma doença física grave persistiu, apesar do médico ter lhe garantido que não você tinha nenhum problema grave ?	→ NÃO	SIM	4				
S5	Essa preocupação/ esse medo lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	5				
S6	<b>S5 É COTADA SIM?</b>	<table border="0"> <tr> <td>NÃO</td> <td>SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>HIPOCONDRIA ATUAL</b></td> </tr> </table>			NÃO	SIM	<b>HIPOCONDRIA ATUAL</b>	
NÃO	SIM							
<b>HIPOCONDRIA ATUAL</b>								

## T. TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

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

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

## U. TRANSTORNO DOLOROSO

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

U1	Atualmente, uma dor é seu principal problema ?	→ NÃO	SIM	1						
U2	Atualmente essa dor é severa a ponto de justificar uma avaliação médica ?	→ NÃO	SIM	2						
U3	Atualmente essa dor lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais ?	→ NÃO	SIM	3						
U4	Fatores psicológicos ou estressantes tiveram um papel importante no aparecimento da dor ou eles mantêm ou agravam a dor ?	→ NÃO	SIM	4						
U5	A dor está sendo produzida ou simulada de propósito ? (COMO NO TRANSTORNO FACTÍCIO OU NA SIMULAÇÃO ?)	NÃO	→ SIM	5						
U6	Algum problema médico / alguma doença física teve influência importante no aparecimento da dor ou ele/a mantém ou agrava a dor ?	NÃO	SIM	6						
U7	A dor está presente há mais de 6 meses ?	NÃO ↓ Agudo	SIM ↓ Crônico	7						
U8	<b>U6 É COTADA NÃO ?</b>  SE U8 É COTADA SIM E U7 É COTADA NÃO = AGUDO E U7 É COTADA SIM = CRÔNICO	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos ATUAL</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> agudo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			NÃO	SIM	<b>TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos ATUAL</b>		<input type="checkbox"/> agudo	<input type="checkbox"/>
NÃO	SIM									
<b>TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos ATUAL</b>										
<input type="checkbox"/> agudo	<input type="checkbox"/>									
U9	<b>U6 É COTADA SIM ?</b>  SE U8 OU U9 SÃO COTADAS SIM E U7 É COTADA NÃO = AGUDO E U7 É COTADA SIM = CRÔNICO	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos e a uma condição médica geral ATUAL</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> agudo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> crônico</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	<b>TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos e a uma condição médica geral ATUAL</b>		<input type="checkbox"/> agudo	<input type="checkbox"/> crônico
NÃO	SIM									
<b>TRANSTORNO DOLOROSO associado a fatores psicológicos e a uma condição médica geral ATUAL</b>										
<input type="checkbox"/> agudo	<input type="checkbox"/> crônico									

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

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

SOLICITAR COLABORAÇÃO DA FAMÍLIA OU RESPONSÁVEIS PARA COLHER ESSAS INFORMAÇÕES.

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

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

V2 É COTADA SIM?

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

### Subtipos

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

Assinalar tudo que for apropriado

- 
- 
- 
- 
-

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

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

### Nos últimos 12 meses, frequentemente:

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

### Nos últimos 6 meses, frequentemente:

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

**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
<b>TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE ATUAL</b>	

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

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

### Quando criança:

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

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

➔  
NÃO SIM

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

### Enquanto adulto:

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

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

➔  
NÃO SIM

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

W8 É COTADA SIM ?

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

## X. TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO

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

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

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

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

## Y. TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL

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

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

HÁ PELO MENOS 5 RESPOSTAS "SIM" EM Y3 ?

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

NÃO	SIM
<b>TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL PROVÁVEL ATUAL</b>	



## Z. TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO

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

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

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

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

### Transtorno Depressivo Maior

#### Episódio Único/F32.x

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

#### Episódio Recorrente/F33.x

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

### Transtorno Distímico

300.4/F34.1

### Mania

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

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

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

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

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

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

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

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

### Transtorno do Pânico/F40.01

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

### Agoraphobia

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

### Fobia Social (Tr. de Ansiedade Social)

300.23/F40.1

### Fobia Específica

300.29/F40.2

### Transtorno Obsessivo-compulsivo

300.30/F42.8

### Transtorno de Ansiedade Generalizada

300.02/F41.1

### Abuso / Dependência de Substâncias

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

### Transtornos Psicóticos

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

### Anorexia Nervosa

307.10/F50.0

### Bulimia Nervosa

307.51/F50.2

### Transtorno de Estresse Pós-Traumático

309.81/F43.1

### Risco de Suicídio

Nenhum código alocado

### Transtorno da Personalidade Anti-social

301.70/F60.2

### Transtornos Somatoformes

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

**Transtornos Dolorosos**

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

**Transtorno da Conduta**

- 312.80/F91.8

**Transtornos de Déficit de Atenção/ Hiperatividade**

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

**Transtornos de Ajustamento**

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

**Transtorno Disfórico Pré-menstrual**

- Nenhum código alocado

## CRITÉRIOS PARA EXCLUIR OUTROS TRANSTORNOS DO EIXO I

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

### Questão

Sim Não

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

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

### Em qualquer situação em que:

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

## REFERÊNCIAS

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

### Translations

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

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

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

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

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

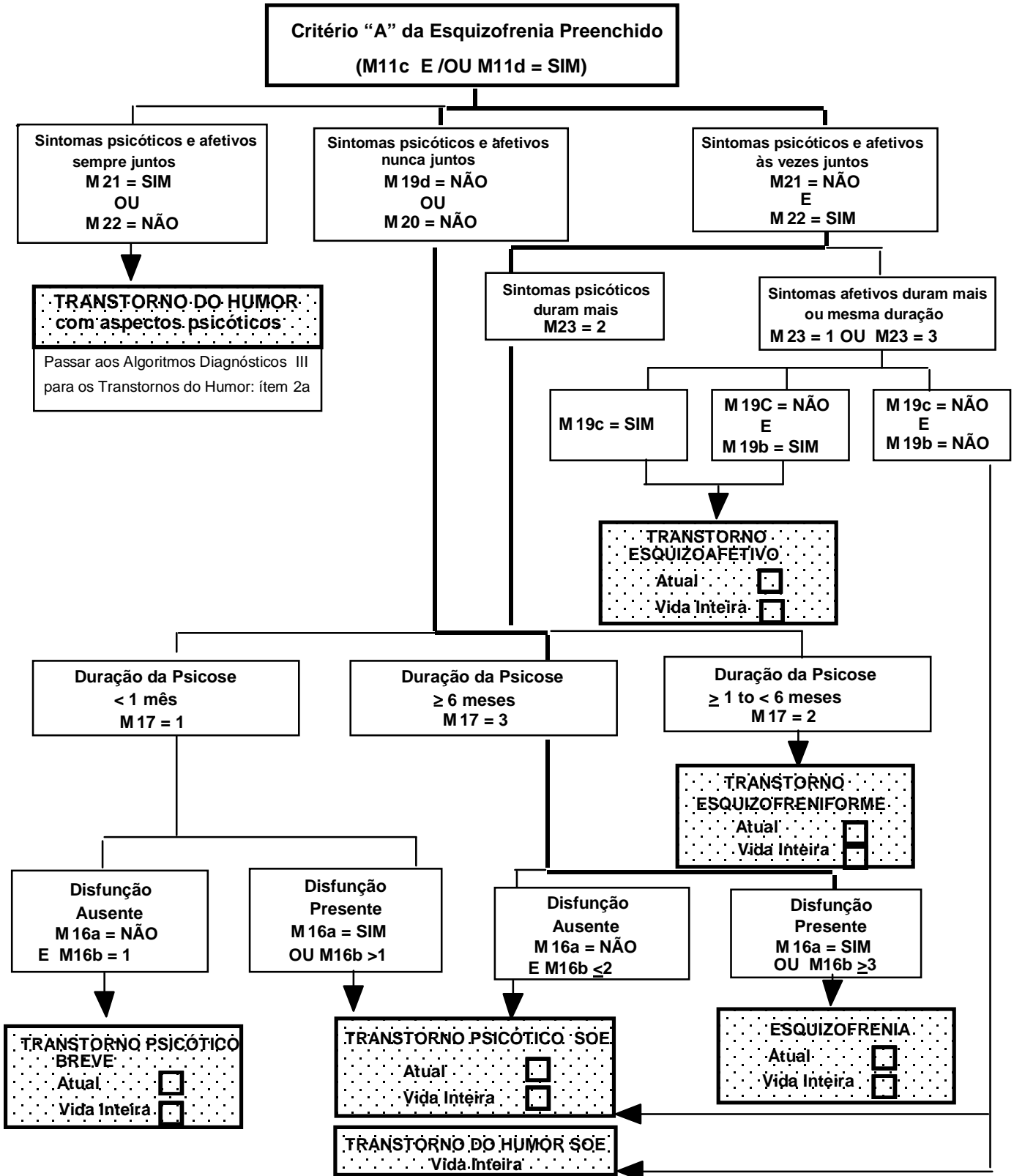
Dr. Humberto Nagera por suas contribuições nos módulos TDAH (para crianças e adultos)

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

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

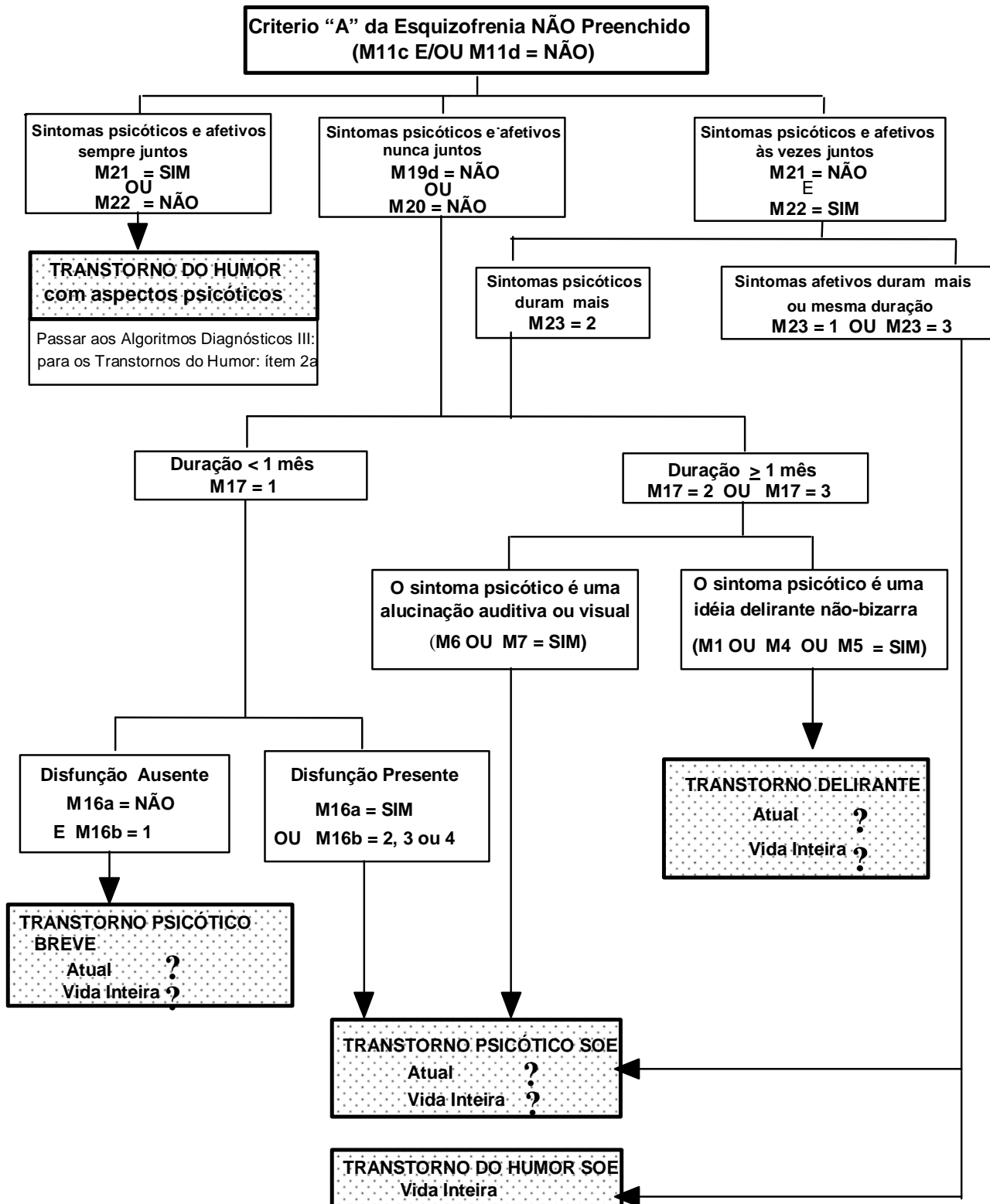
## TRANSTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I

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



## TRANSTORNOS PSICÓTICOS : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS II

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







## ANEXO

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

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

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

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

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

## 2. DIAGNÓSTICO CORRIGIDO DE TRANSTORNO PSICÓTICO ATUAL

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

NÃO       SIM

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

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

---

## 3. DIAGNÓSTICO ATUAL PRINCIPAL

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

---

## 4. DÚVIDAS DIAGNÓSTICAS

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

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

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

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

---

---

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

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

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

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

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

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

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

---

## 6. OUTRAS OBSERVAÇÕES

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