
ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA OS TRANSTORNOS DO DSM-5®

SCID-5-CV

VERSÃO CLÍNICA

Michael B. First
Janet B.W. Williams
Rhonda S. Karg
Robert L. Spitzer



Nota

A medicina é uma ciência em constante evolução. À medida que novas pesquisas e a própria experiência clínica ampliam o nosso conhecimento, são necessárias modificações na terapêutica, onde também se insere o uso de medicamentos. Os autores desta obra consultaram as fontes consideradas confiáveis, num esforço para oferecer informações completas e, geralmente, de acordo com os padrões aceitos à época da publicação. Entretanto, tendo em vista a possibilidade de falha humana ou de alterações nas ciências médicas, os leitores devem confirmar estas informações com outras fontes. Por exemplo, e em particular, os leitores são aconselhados a conferir a bula completa de qualquer medicamento que pretendam administrar, para se certificar de que a informação contida neste livro está correta e de que não houve alteração na dose recomendada nem nas precauções e contraindicações para o seu uso. Essa recomendação é particularmente importante em relação a medicamentos introduzidos recentemente no mercado farmacêutico ou raramente utilizados.



- E61 Entrevista clínica estruturada para os transtornos do DSM-5: SCID-5-CV versão clínica [recurso eletrônico] / Michael B. First ... [et al.] ; tradução: Fernando de Siqueira Rodrigues ; revisão técnica: Flávia de Lima Osório, João Paulo Machado de Sousa, José Alexandre de Souza Crippa. – Porto Alegre : Artmed, 2017.

Editado como livro impresso em 2017.
ISBN 978-85-8271-427-0

1. Psiquiatria. 2. Entrevista clínica. I. First, Michael B.

CDU 616.89

Michael B. First, M.D.
Professor of Clinical Psychiatry, Columbia University, and Research Psychiatrist,
Division of Clinical Phenomenology, New York State Psychiatric Institute, New York, New York

Janet B.W. Williams, Ph.D.
Professor Emerita of Clinical Psychiatric Social Work (in Psychiatry and in Neurology), Columbia University,
and Research Scientist and Deputy Chief, Biometrics Research Department (Retired),
New York State Psychiatric Institute, New York, New York; and
Senior Vice President of Global Science, MedAvante, Inc., Hamilton, New Jersey

Rhonda S. Karg, Ph.D.
Research Psychologist, Division of Behavioral Health and Criminal Justice Research,
RTI International, Durham, North Carolina

Robert L. Spitzer, M.D.
Professor Emeritus of Psychiatry, Columbia University, and Research Scientist and Chief,
Biometrics Research Department (Retired),
New York State Psychiatric Institute, New York, New York

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA OS TRANSTORNOS DO DSM-5®

SCID-5-CV

VERSÃO CLÍNICA

Tradução:

Fernando de Siqueira Rodrigues

Revisão técnica:

Flávia de Lima Osório

Psicóloga. Professora Doutora do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

João Paulo Machado de Sousa

Psicólogo. Professor Doutor do Programa de Pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão
Preto – Universidade de São Paulo.

José Alexandre de Souza Crippa

Psiquiatra. Professor Titular do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

Versão impressa
desta obra: 2017



Obra originalmente publicada nos Estados Unidos por American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA., Copyright © 2015, sob o título *Structured Clinical Interview for DSM-5 - Clinician Version (SCID-5-CV)*, First Edition. Todos os direitos reservados.
ISBN 9781585624614

First Published in the United States by American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA. Copyright © 2015.
All rights reserved.

First Published in Brazil by Artmed Editora Ltda., a Grupo A Educação S.A. company, in Portuguese.
Publicação em língua portuguesa para o Brasil por Artmed Editora Ltda., uma empresa Grupo A Educação S.A.
Artmed Editora Ltda. is the exclusive Publisher of Structured Clinical Interview for DSM-5 - Clinician Version (SCID-5-CV), first edition, (Copyright © 2015) authored by Michael B. First, M.D., Janet B.W. Williams, Ph.D., Rhonda S. Karg, Ph.D., and Robert L. Spitzer, M.D. in Portuguese for distribution in Brazil only.
Artmed Editora Ltda. é a editora exclusiva do título acima mencionado em língua portuguesa, de autoria dos autores a seguir mencionados.

Permission for use of any material in the translated work must be authorized in writing by Artmed Editora Ltda.

Permissão para reprodução de material desta obra deverá ser submetida à Artmed Editora Ltda.

The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the Portuguese language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of the publication.

A American Psychiatric Association não se responsabiliza por eventuais erros, omissões ou outros possíveis defeitos na tradução desta obra.

Gerente editorial – Biociências: *Letícia Bispo de Lima*

Colaboraram nesta edição:

Coordenadora editorial: *Cláudia Bittencourt*

Capa sobre arte original: *Kaêlle Finalizando Ideias*

Preparação de originais: *Ivaniza Oschelski De Souza*

Leitura final: *Antonio Augusto da Roza*

Editoração: *Techbooks*

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana
90040-340 Porto Alegre RS
Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

Unidade São Paulo
Rua Doutor Cesário Mota Jr., 63 – Vila Buarque
01221-020 São Paulo SP
Fone: (11) 3221-9033

SAC 0800 703-3444 – www.grupoa.com.br

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

IMPRESSO NO BRASIL
PRINTED IN BRAZIL

Agradecimentos

Agradecemos a Desiree Caban, nossa versátil assistente de pesquisa e faz-tudo do Departamento de Pesquisa em Biometria da Columbia University, pelo auxílio inestimável ao gerenciamento desta publicação.

Esboços da SCID-5 foram disponibilizados a usuários experientes da SCID, que os revisaram e forneceram sugestões extremamente úteis. Nós também consultamos muitos membros do grupo de trabalho do DSM-5. Agradecemos imensamente aos seguintes colaboradores por sua contribuição inestimável ao desenvolvimento da SCID-5:

John J.B. Allen	University of Arizona
Emily Ansell	Yale University School of Medicine
Martin M. Antony	Ryerson University
Cathie Atkinson	Institute of Behavioral Medicine Research, Ohio State University
Evelyn Attia	Columbia University
Deanna Barch	Washington University, St. Louis
Arthur Barsky	Harvard University
Stephen Benning	University of Nevada, Las Vegas
Melanie Biggs	VA North Texas Health Care System, Dallas VA Medical Center, and University of Texas, Southwestern Medical Center at Dallas
Cheryl Birch	Jett Psychological Services
Ryan Blazei	RTI International
J. Alexander Bodkin	Harvard University, McLean Hospital
Juan Manuel Bravo Sierra	CETTAD, Mexico City
Benjamin B. Brody	TeleSage Health Outcomes, Inc.
Rachel Bryant-Waugh	Great Ormond Street Hospital NHS Foundation Trust
Juan Bustillo	University of New Mexico
Amanda Calkins	Massachusetts General Hospital
William Carpenter	University of Maryland
Kathleen M. Chard	Cincinnati Veterans Administration Medical Center
Seema Clifasefi	University of Washington, Harborview Medical Center
Emil F. Coccaro	University of Chicago
Susan E. Collins	University of Washington, Harborview Medical Center
Michelle Craske	University of California, Los Angeles
Daniel David	Babes-Bolyai University
Joanne Davis	University of Tulsa
Joel Dimsdale	University of California, San Diego
Aubrey Enloe	MedAvante, Inc.
Beth Epstein	Rutgers University
Sophia Frangou	Icahn School of Medicine at Mount Sinai

Ellen Frank	University of Pittsburgh
Stephenie Frank	University of Oregon
Matthew J. Friedman	National Center for PTSD, U.S. Department of Veterans Affairs, Geisel School of Medicine at Dartmouth
Wolfgang Gaebel	University of Dusseldorf
Jon Grant	University of Chicago
Raquel Gur	University of Pennsylvania Medical Center
Gretchen L. Haas	University of Pittsburgh
Glenn Haley	Timber Creek Tertiary Mental Health Program
Stephan Heckers	Vanderbilt University School of Medicine
David Hellerstein	Columbia University Medical Center
Jörgen Herlofson	Pilgrim Press
Peter J. Kelly	University of Wollongong
Ronald C. Kessler	Harvard Medical School
Daniel Klein	Stony Brook University
Rachel Klein	New York University Langone Medical Center
Anna Kokkevi	Athens University Medical School, University Mental Health Research Institute
Frances Levin	Columbia University
Dolores Malaspina	New York University Langone Medical Center
David Mataix-Cols	Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden
Michael McCloskey	Temple University
Giovani Missio	Vitzlmente Institute
Parvaneh	University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Iran
Mohammadkhani	Western Psychiatric Institute and Clinic
Debra M. Montrose	Mount Sinai Hospital
Antonia S. New	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research and New York University Lagone Medical Center
Karen Nolan	Yale University
Mary O'Brien	MedAvante, Inc.
Felice Ockun	Cardiff University School of Medicine
Michael J. Owen	Kate Panzer Consulting
Kate Panzer	Associazione Italiana per la cura delle Dipendenze Patologiche Azienda USL 10, Firenze, Italy
Rosanna Perone	Harvard University
Kate Peruzzini	Brown University
Katharine Phillips	Shanghai Mental Health Center and Emory University
Michael R. Phillips	University of Social Sciences and Humanities, Warsaw, Poland
Agnieszka Popiel	University of Pittsburgh
Charles F. Reynolds, III	University of South Carolina
Jane Roberts	OSDE Argentina
Ruth Rozensztejn	The City College of New York
Lesia Ruglass	University of California, San Diego
Sanjaya Saxena	Florida State University
Brad Schmidt	State University of New York Downstate Medical Center
Nina Schooler	

Susan K. Schulz	University of Iowa
Robert Schütze	School of Psychology and Speech Pathology, Curtin University
Daniel L. Segal	University of Colorado, Colorado Springs
Stewart Shankman	University of Illinois at Chicago
Katherine Sharkey	Brown University, Alpert Medical School
Brian A. Sharpless	Washington State University
H. Blair Simpson	Columbia University Medical Center
Roxanna Snaauw	RTI International
Murray Stein	University of California, San Diego
Trisha Suppes	Stanford University School of Medicine
Julianna Switaj	Norfolk Psychological Services, College of Psychologists at Ontario
Sumner Jay Sydeman	Northern Arizona University
Rajiv Tandon	University of Florida
Charles Tapp	Raphah Counselling
Kathleen Torsney	William Paterson University
Timothy Trull	University of Missouri at Columbia
Jim Van Os	Maastricht University
Vytas Velyvis	CBT Associates of Toronto, Adler Institute, University Health Network
Elaine Veracruz	Harvard University
B. Timothy Walsh	Columbia University Medical School
Joris Wiggers	Vancouver Island Health Authority
Hans-Ulrich Wittchen	Dresden University
Justyna Zapolska	The City University of New York, John Jay College of Criminal Justice
Mark Zimmerman	Brown University, Alpert Medical School

Gostaríamos de fazer um agradecimento especial aos seguintes colegas por suas importantes contribuições: Dusty Hackler (Teachers College, Columbia University, New York State Psychiatric Institute); Jenny Jordon (University of Otago, Christchurch, Nova Zelândia); Rudolf Uher (Dalhousie University); Catherine Dempsey (Uniformed Services University of the Health Sciences); e aos entrevistadores da SCID da Fundação Henry Jackson (Mary Schumann, George Mason University; Shayne Power, Uniformed Services University of the Health Sciences; e Patricia Spangler, Uniformed Services University of the Health Sciences) por sua ajuda ao testar a SCID-5 durante os últimos dois anos.

Por fim, gostaríamos de agradecer aos membros da American Psychiatric Association Publishing que auxiliaram na confecção da SCID-5-CV: Robert E. Hales, M.D., editor-chefe; Rebecca Rinehart, editora; John McDuffie, editor associado; Susan Westrate, gerente de produção, pela cuidadosa composição tipográfica de todos os elementos e pelo projeto gráfico da capa e do livro; Patricia Freedman, por sua revisão atenta; e, em especial, Ann M. Eng, editora sênior de desenvolvimento, cuja edição meticulosa e atenciosa ajudou a assegurar que os vários detalhes deste complexo instrumento se encaixassem de forma perfeita.

Citação e Declarações de *Copyright* Adicionais

Para citação: First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. Entrevista clínica estruturada para os transtornos do DSM-5 – Versão Clínica (SCID-5-CV). Porto Alegre: Artmed; 2017.

A *Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5® – Versão Clínica (SCID-5-CV)* engloba um *Guia do usuário* e a *Entrevista SCID-5-CV*. Nenhuma parte desta publicação pode ser fotocopiada, reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação ou transmitida, de qualquer forma e por qualquer meio, sem obter permissão por escrito da American Psychiatric Association Publishing, ou conforme for expressamente permitido pela lei, pela licença ou pelos termos acordados com a organização de direitos autorais apropriada. Todas as consultas relacionadas a esse assunto, incluindo aquelas relativas à reprodução fora do escopo mencionado, devem ser encaminhadas para o Rights Department, American Psychiatric Association Publishing, 1000 Wilson Blvd., Suite 1825, Arlington, VA 22209-3901, USA, ou por meio dos formulários de permissões *on-line* em: <http://www.appi.org/permissions>. Para mais informações, visite a página de produtos da SCID em www.appi.org.

Os critérios diagnósticos do DSM-5® foram reimpressos ou adaptados com a permissão da American Psychiatric Association: *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, 5ª Edição. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013. Copyright © 2013 American Psychiatric Association. Utilizado mediante permissão.

A não ser que seja autorizado pela American Psychiatric Association (APA), nenhuma parte dos critérios do DSM-5® pode ser reproduzida ou usada de maneira inconsistente com o *copyright* da APA. Esta proibição se aplica aos usos não autorizados ou às reproduções de qualquer forma, incluindo aplicativos eletrônicos. Correspondências com respeito a permissões de *copyright* para os critérios do DSM-5 devem ser enviadas para DSM Permissions, American Psychiatric Association Publishing, 1000 Wilson Boulevard, Suite 1825, Arlington, VA, 22209-3901, USA.

Os “casos para exercício” do Apêndice B, “Materiais de treinamento”, são adaptados, com permissão, de Spitzer RL, Gibbon M, Skodol AE, Williams JBW, First MB: *Casebook: A Learning Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2002. Copyright © 2002. Utilizado mediante permissão.

Declarações Informativas

A seguinte autora declarou todas as formas de apoio recebidas nos 12 meses anteriores à submissão do manuscrito que pudessem representar um conflito de interesse em relação ao seu trabalho publicado neste livro:

Janet B.W. Williams, Ph.D., trabalha em tempo integral como vice-presidente sênior da Global Science, MedAvante, Inc., uma empresa de serviços farmacêuticos.

Os seguintes autores não têm conflitos de interesse a declarar:

Michael B. First, M.D.; Rhonda S. Karg, Ph.D.; Robert L. Spitzer, M.D.

Sumário

Guia do Usuário para a SCID-5-CV

1. Introdução	1
2. História da SCID	2
3. Versões da SCID	3
3.1 Versão Clínica da SCID (SCID-5-CV)	3
3.2 Versão de Pesquisa da SCID (SCID-5-RV)	4
3.3 Versão de Ensaio Clínico da SCID (SCID-5-CT)	4
4. Cobertura Diagnóstica e Período de Tempo da SCID-5-CV	5
5. Características Básicas da SCID-5-CV	8
5.1 Visão geral	8
5.2 Fluxo diagnóstico	8
5.3 Classificações	8
5.4 Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico	9
5.5 Fontes de informação	10
6. Aplicação da SCID-5-CV	10
7. Convenções e Utilização da SCID-5-CV	11
7.1 Rótulos de item	11
7.2 Formato de três colunas para os Módulos A, B, E, F, G, H e J	12
7.3 Perguntas da SCID	12
7.3.1 Perguntas feitas de forma literal	12
7.3.2 Perguntas colocadas entre parênteses	12
7.3.3 “TERMOS DO PRÓPRIO PACIENTE” (e outras expressões em maiusculas, como “SINTOMAS AGORAFÓBICOS”)	13
7.3.4 “UM MÊS ATRÁS” (e outros intervalos de tempo inteiramente em letras maiúsculas)	13
7.4 Classificações dos itens de critério	13
7.5 Formato das notas	14
7.6 Registrando informações descritivas	14
7.7 Pular instruções	14
7.8 Formato da árvore de decisão para os Módulos C e D	16
7.9 Múltiplas frases em conjuntos de critérios	17

7.10 Colchetes que indicam perguntas mutuamente excludentes.....	18
7.11 Devido a condição médica geral, induzido por substância/medicamento ou primário.....	18
7.12 Consideração de efeitos do tratamento	20
7.13 Relevância clínica.....	20
7.14 Outros Transtornos Especificados e Não Especificados	20
7.15 Desvios dos critérios do DSM-5	21
8. O Que Fazer e Não Fazer na SCID-5-CV	23
9. Diferenciando Etiologias Médica Geral e de Substância/Medicamento de Transtornos Primários	25
9.1 Diretrizes para determinar se os sintomas são devidos a uma condição médica geral.....	26
9.2 Avaliando Transtornos Mentais Induzidos por Substância/Medicamento	27
10. Instruções Especiais para Módulos Individuais.....	28
10.1 Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico da SCID-5-CV	28
10.2 Visão geral	29
10.3 Módulo A. Avaliação de Episódios de Humor e Transtorno Depressivo Persistente	31
10.3.1 Classificações para Episódio Depressivo Maior Atual (A1–A14).....	32
10.3.2 Classificações para Episódio Depressivo Maior Anterior (A15–A28)	37
10.3.3 Classificações para Episódio Maníaco Atual (A29–A40).....	39
10.3.4 Classificações para Episódio Hipomaniaco Atual (A41–A53)	42
10.3.5 Classificações para Episódios Maníacos e Hipomaniacos Anteriores (A54–A77).....	44
10.3.6 Classificações para Transtorno Depressivo Persistente Atual (A78–A90).....	46
10.4 Módulo B. Sintomas psicóticos e associados.....	46
10.4.1 Classificações para delírios (B1–B13).....	48
10.4.2 Classificações para alucinações (B14–B19)	52
10.4.3 Classificações para discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado e catatonia (B20–B22).....	53
10.4.4 Classificações para sintomas negativos (B23–B24)	54
10.5 Módulo C. Diagnóstico diferencial de Transtornos Psicóticos.....	55
10.5.1 Exclusão do Transtorno do Humor Psicótico (C1)	57
10.5.2 Classificações para Esquizofrenia (C2–C6).....	57
10.5.3 Classificações para Transtorno Esquizofreniforme (C7–C8)	60
10.5.4 Classificações para Transtorno Esquizaafetivo (C9–C12).....	60
10.5.5 Classificações para Transtorno Delirante (C13–C18).....	62
10.5.6 Classificações para Transtorno Psicótico Breve (C19–C21)	64
10.5.7 Classificações para Outro Transtorno Psicótico Especificado (C22–C24)	64
10.5.8 Classificações para cronologia de Transtornos Psicóticos (C25–C30).....	65

10.6	Módulo D. Diagnóstico diferencial de Transtornos do Humor.....	66
10.6.1	Classificações para Transtorno Bipolar Tipo I (D2–D3).....	66
10.6.2	Classificações para Transtorno Bipolar Tipo II (D4–D7)	67
10.6.3	Classificações para Outro Transtorno Bipolar Especificado (D8–D10)	68
10.6.4	Classificações para Transtorno Depressivo Maior (D11–D13)	69
10.6.5	Classificações para Outro Transtorno Depressivo Especificado (D14–D16)	70
10.6.6	Classificações para cronologia de Transtorno Bipolar Tipo I e Transtorno Bipolar Tipo II (D17–D23)	71
10.6.7	Classificações para cronologia de Transtorno Depressivo Maior (D24–D25)	74
10.7	Módulo E. Transtornos por Uso de Substâncias.....	74
10.7.1	Classificações para Transtorno por Uso de Álcool nos últimos 12 meses (E1–E13).....	75
10.7.2	Classificação para Transtorno por Uso de Substâncias Não Alcoólicas nos últimos 12 meses (E14–E36)	79
10.8	Módulo F. Transtornos de Ansiedade.....	84
10.8.1	Classificações para Transtorno de Pânico (F1–F22)	84
10.8.2	Classificações para Agorafobia (F23–F31).....	87
10.8.3	Classificações para Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social) (F32–F41)	89
10.8.4	Classificações para Transtorno de Ansiedade Generalizada Atual (F42–F54)	92
10.9	Módulo G. Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno de Estresse Pós-traumático.....	93
10.9.1	Classificações para Transtorno Obsessivo-compulsivo (G1–G8)	93
10.9.2	Classificações para Transtorno de Estresse Pós-traumático (G9–G41) ...	96
10.10	Módulo H. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.....	103
10.10.1	Classificações para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em adultos atual (H1–H26).....	103
10.11	Módulo I. Rastreamento de outros transtornos atuais	105
10.12	Módulo J. Transtorno de Adaptação.....	106
10.12.1	Classificações para Transtorno de Adaptação Atual (J1–J5).....	106
11.	Treinamento	107
12.	Questões Psicométricas.....	108
12.1	Confiabilidade da SCID	108
12.1.1	Entrevistas em conjunto <i>versus</i> delineamento de teste-reteste.....	109
12.1.2	Treinamento para entrevistadores.....	111
12.1.3	População de sujeitos.....	111
12.1.4	Taxas de base de transtornos	111
12.2	Validade da SCID	111
	Referências	113
	Apêndice A Critérios do DSM-5 para os Transtornos do Módulo I.....	115
	Apêndice B Materiais de Treinamento	127

Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (Versão Clínica)

Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico da SCID-5-CV	160
Visão Geral	166
A. Episódios de Humor	169
B. Sintomas Psicóticos e Associados	190
C. Diagnóstico Diferencial de Transtornos Psicóticos	196
D. Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor	204
E. Transtornos por Uso de Substâncias	212
Transtorno por Uso de Álcool (nos últimos 12 meses)	212
Transtorno por Uso de Substâncias Não Alcoólicas (nos últimos 12 meses)	215
Lista de Sintomas de Abstinência	221
F. Transtornos de Ansiedade	222
G. Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno de Estresse Pós-traumático	232
Transtorno Obsessivo-compulsivo	232
Transtorno de Estresse Pós-traumático	235
H. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em Adultos	245
I. Rastreamento de Outros Transtornos Atuais	250
J. Transtorno de Adaptação	253

Lista de abreviações

TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
OCM	Outra condição médica
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
CMG	Condição médica geral
(I)	Intoxicação
(I/A)	Intoxicação/Abstinência
OC	Obsessivo-compulsivo
TOC	Transtorno Obsessivo-compulsivo
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-traumático
(A)	Abstinência

“Nota”, em negrito, reflete a inclusão de notas conforme o que está contido nos critérios do DSM-5.

“NOTA”, em itálico e em letras maiúsculas, indica instruções ou orientação específica para a avaliação dos critérios ou para a condução da entrevista SCID-5-CV.

GUIA DO USUÁRIO PARA A SCID-5-CV

1. Introdução

A *Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (SCID-5)* é um guia de entrevista para a realização dos principais diagnósticos do DSM-5 (anteriormente diagnosticados no Eixo I). Ela é aplicada por um clínico ou por um profissional da saúde mental treinado que esteja familiarizado com a classificação e com os critérios diagnósticos do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Os sujeitos da entrevista podem ser pacientes psiquiátricos ou de outras especialidades médicas – ou indivíduos que não se identificam como pacientes, como sujeitos de um levantamento comunitário de doenças mentais ou familiares de pacientes psiquiátricos. A linguagem e a cobertura diagnóstica fazem a SCID-5 ser mais adequada para o uso com adultos (com idade de 18 anos ou mais); contudo, com uma ligeira modificação na redação das perguntas, ela pode ser usada com adolescentes. O indivíduo mediano deve ser capaz de compreender a linguagem da SCID-5. Alguns indivíduos com prejuízo cognitivo grave, agitação ou sintomas psicóticos graves não poderão ser entrevistados com a SCID-5. Isso ficará evidente nos primeiros 10 minutos da aplicação da seção Visão Geral, e, nesses casos, a SCID-5 pode ser utilizada como uma lista de verificação diagnóstica e como uma árvore de decisão, com informações diagnósticas obtidas de outras fontes.

A SCID-5 pode ser usada de várias maneiras:

- **Para assegurar que todos os principais diagnósticos do DSM-5 sejam sistematicamente avaliados.** Por exemplo, a SCID é frequentemente usada como parte de procedimentos de admissão em contextos clínicos e para ajudar a assegurar uma avaliação diagnóstica forense abrangente.
- **Para selecionar uma população de estudo.** Por exemplo, em um estudo sobre a eficácia de um tratamento para a depressão, a SCID-5 pode ser usada para assegurar que todos os sujeitos do estudo tenham sintomas que satisfaçam os critérios do DSM-5 para Transtorno Depressivo Maior e que todos os sujeitos com uma história de qualquer Transtorno por Uso de Substâncias nos últimos 12 meses sejam excluídos.
- **Para caracterizar uma população de estudo em termos de diagnósticos psiquiátricos atuais e passados.** Por exemplo, os dados diagnósticos obtidos por meio da entrevista SCID-5 podem ser usados por pesquisadores, profissionais, legisladores, entre outros, que estejam interessados na prevalência e nas estimativas de incidência de transtornos psiquiátricos entre certas populações (p. ex., adultos nos Estados Unidos).
- **Para melhorar as habilidades de entrevista dos estudantes das profissões relacionadas à saúde mental,** incluindo psiquiatria, psicologia, serviço social psiquiátrico e enfermagem psiquiátrica. Por exemplo, a SCID-5 pode proporcionar aos estudantes/estagiários um repertório de perguntas úteis para extrair informações de um paciente, as quais serão a base para fazer julgamentos sobre os critérios diagnósticos. Por meio das repetidas aplicações da SCID-5, os estudantes/estagiários se familiarizam com os critérios do DSM-5 e, ao mesmo tempo, incorporam perguntas úteis ao repertório de entrevista.

Para as últimas informações sobre a SCID-5, incluindo traduções disponíveis,* versões assistidas por computador, materiais de treinamento que incluem vídeos e

* N. de R.T. A tradução da SCID-5-RV foi realizada pelo grupo de pesquisadores do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Riberão Preto da Universidade de São Paulo, sob a liderança dos Professores Doutores Flávia de Lima Osório, José Alexandre de Souza Crippa e João Paulo Machado de Sousa com a autorização da American Psychiatric Association. Este grupo está desenvolvendo, no momento da publicação desta obra, o estudo de confiabilidade desta versão para o contexto brasileiro.

testes de conhecimento da SCID, bem como revisões/correções de erros, visite o *site* da SCID: www.scid5.org.

2. História da SCID

A publicação do DSM-III, em 1980, revolucionou a psiquiatria ao incluir critérios diagnósticos específicos para praticamente todos os transtornos mentais (American Psychiatric Association, 1980). Antes disso, havia diversos conjuntos de critérios diagnósticos, como os Critérios Feighner (Feighner et al., 1972) e os Critérios Diagnósticos de Pesquisa (RDC; Spitzer et al., 1978), além de entrevistas estruturadas projetadas para a realização de diagnósticos de acordo com esses sistemas (Endicott e Spitzer 1978; Helzer et al., 1981). Em 1983, começou-se a trabalhar na elaboração da SCID como um instrumento para fazer diagnósticos do DSM-III em resposta à adoção dos critérios do DSM-III como a linguagem-padrão para a descrição de temas de pesquisa. A SCID incorporou diversos recursos que não estavam presentes em instrumentos anteriores e que facilitariam seu uso na pesquisa psiquiátrica, como a inclusão de uma seção de Visão Geral, a qual permite que o paciente descreva o desenvolvimento do episódio atual da doença, e uma estrutura modular, a qual permite que os pesquisadores eliminem a consideração de classes diagnósticas principais que sejam irrelevantes aos seus estudos.

Em 1983, o National Institute of Mental Health reconheceu a necessidade de um procedimento clínico de avaliação diagnóstica para a realização de diagnósticos do DSM-III e publicou uma Solicitação de Proposta para desenvolver esse procedimento. Com base no trabalho-piloto com a SCID, foi feito um contrato para desenvolver ainda mais o instrumento. Em abril de 1985, o Biometrics Research Department (Departamento de Pesquisas Biométricas) do New York State Psychiatric Institute (Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova York) recebeu uma subvenção de dois anos para fazer testes de campo com a SCID e determinar sua confiabilidade em diversos grupos diferentes de sujeitos clínicos e não clínicos (Spitzer et al., 1992; Williams et al., 1992). Depois da publicação do DSM-III revisado (DSM-III-R; American Psychiatric Association, 1987), a SCID para o DSM-III-R foi publicada pela American Psychiatric Press, em maio de 1990 (Spitzer et al., 1990a, 1990b).

O trabalho para a revisão da SCID para o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) começou no outono de 1993. As versões preliminares da revisão foram testadas por pesquisadores interessados durante o segundo semestre de 1994. A versão final da SCID para o DSM-IV foi produzida em fevereiro de 1996. Diversas revisões da SCID se sucederam; a mais abrangente delas foi feita em fevereiro de 2001, quando a SCID foi atualizada para o DSM-IV: Texto Revisado (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000).

O trabalho de revisão da SCID para o DSM-5 começou em 2012. A multiplicidade de mudanças nos conjuntos de critérios do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) exigiu o desenvolvimento de muitas perguntas novas para a SCID, bem como ajustes para o algoritmo desse instrumento. Também, aproveitou-se a oportunidade para revisar todas as perguntas e fazer modificações até mesmo na redação dos itens de critério que não mudaram no DSM-5. As revisões das versões preliminares foram realizadas pelos membros do Grupo de Trabalho do DSM-5 e experimentadas por usuários experientes da SCID durante a primeira metade de 2013, e os testes de campo da SCID-5 começaram no final de 2013. A versão final da

SCID para o DSM-5 foi submetida para publicação na American Psychiatric Association Publishing em agosto de 2014.*

3. Versões da SCID

A SCID foi originalmente elaborada para ser um documento único que pudesse ser usado tanto por pesquisadores quanto por clínicos. Isso implicou torná-la detalhada o bastante para atender às necessidades da comunidade de pesquisa, mas de modo que ainda seja suficientemente fácil de ser usada pelos clínicos, a fim de aprimorar a confiabilidade e a validade de suas avaliações diagnósticas. Essa dualidade de propósito acabou criando problemas para os pesquisadores, porque uma grande quantidade de informações potencialmente úteis foi deixada de fora da versão da SCID para o DSM-III-R, com o intuito de evitar que ela se tornasse complicada demais (p. ex., a maioria dos subtipos). Entretanto, muitos clínicos acharam que a quantidade de detalhes incluída na SCID deixou-a longa e complexa demais. Além disso, também ficou claro que, para os ensaios clínicos em que ela foi usada a fim de determinar se as condições dos sujeitos potenciais satisfaziam os critérios de inclusão e exclusão de diagnósticos para protocolos particulares, a versão de pesquisa-padrão incluía muitas informações pouco relevantes. Assim, surgiu também a necessidade de uma versão da SCID que pudesse ser adaptada especificamente para os critérios de inclusão/exclusão relativos aos ensaios clínicos.

Para atender a essas necessidades divergentes, a SCID-5 foi dividida em três versões separadas: a **Versão Clínica** (SCID-5-CV), que foi racionalizada para uso em contextos clínicos; a **Versão de Pesquisa** (SCID-5-RV), que inclui uma quantidade de recursos destinados a facilitar seu uso em estudos de pesquisa; e a **Versão de Ensaios Clínicos** (SCID-5-CT), que está disponível para personalização conforme os critérios de inclusão/exclusão para os ensaios clínicos. Detalhes sobre as três versões são apresentados a seguir.

3.1 Versão Clínica da SCID (SCID-5-CV)

Este Guia do Usuário se aplica especificamente à Versão Clínica da SCID (SCID-5-CV). A SCID-5-CV é publicada pela American Psychiatric Association Publishing e é uma versão abreviada e reformatada da SCID-5-RV, cobrindo os diagnósticos que são mais comumente vistos em contextos clínicos. Apesar da designação “clínica”, a SCID-5-CV pode ser usada em contextos de pesquisa, contanto que os transtornos que interessam ao pesquisador estejam entre os que foram incluídos na SCID-5-CV.

A SCID-5-CV difere da SCID-5-RV de diversas maneiras. Primeiro, os especificadores incluídos na SCID-5-CV estão limitados àqueles que têm um impacto na codificação diagnóstica. Assim, apenas os especificadores de gravidade, psicótico e remissão para Transtorno Bipolar e Transtorno Depressivo Maior estão incluídos na SCID-5-CV, porque afetam a escolha do código diagnóstico. De forma semelhante, os tipos de apresentação do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) (i. e., predominantemente desatenta, predominantemente hiperativa/impulsiva e combinada) estão incluídos porque também são exigidos para determinar

* N. de R. T. No Brasil, o grupo de pesquisadores da Universidade de São Paulo (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento) iniciou as atividades de tradução, adaptação transcultural e estudos psicométricos da SCID-5-CV e da SCID-5-RV em janeiro de 2015.

o código diagnóstico. Segundo, os conjuntos de critérios para diversos transtornos (p. ex., Anorexia Nervosa, Transtorno de Acumulação) incluídos na SCID-5-RV não aparecem na SCID-5-CV, em vez disso, são substituídos por perguntas de rastreamento para esses transtornos no Módulo I (“Rastreamento de Outros Transtornos Atuais”). Se o paciente responder afirmativamente a uma dessas perguntas, o clínico precisa dar prosseguimento com uma avaliação clínica não estruturada das exigências diagnósticas para o transtorno em questão. (Para facilitar esse processo, este Guia do Usuário inclui os conjuntos de critérios do DSM-5 para esses transtornos no Apêndice A, e a entrevista inclui referências tanto aos números das páginas dos conjuntos de critérios correspondentes no Apêndice A quanto aos números das páginas no DSM-5.) Por fim, embora a maioria dos transtornos na SCID-5-RV seja avaliada com relação aos períodos de tempo atual e ao longo de toda a vida, a SCID-5-CV se concentra sobretudo em se os critérios são satisfeitos atualmente, porque a condição clínica atual de um transtorno é mais importante para as decisões de tratamento. Os únicos transtornos na SCID-5-CV que também incluem uma avaliação de toda a vida são o Transtorno Depressivo Maior, o Transtorno Bipolar Tipo I e Tipo II, os Transtornos do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos Especificados, o Transtorno de Pânico e o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT).

3.2 Versão de Pesquisa da SCID (SCID-5-RV)

Sendo a versão mais abrangente da SCID, a SCID-5-RV contém mais transtornos do que a Versão Clínica e inclui todos os subtipos e especificadores de curso e gravidade do DSM-5. Além disso, uma característica particularmente importante da SCID-5-RV é a sua adaptabilidade, a qual permite que o instrumento seja adaptado para satisfazer os requisitos de um estudo em particular.

A SCID-5-RV vem com uma configuração-padrão “básica/central”, que inclui aqueles transtornos que a maioria dos pesquisadores provavelmente desejará avaliar de forma rotineira na maior parte dos estudos, bem como uma configuração “expandida/aprimorada”, que também inclui a avaliação de diversos transtornos opcionais. Para facilitar a personalização, a SCID-5-RV não é publicada como um volume encadernado; em vez disso, os módulos diagnósticos são disponibilizados apenas eletronicamente, na forma de 18 arquivos PDF (que podem ser impressos pelo pesquisador e “encadernados” em um único volume para facilitar sua utilização) ou de 18 documentos de texto Microsoft (MS) Word, que podem ser modificados pelo pesquisador para remover elementos desnecessários (p. ex., certos especificadores), alterar o fluxo ao longo da entrevista ou acrescentar escalas adicionais (p. ex., escalas de classificação de gravidade) à escolha do pesquisador.

3.3 Versão de Ensaio Clínico da SCID (SCID-5-CT)

Desenvolvida originalmente em parceria com a i3 Research, a SCID-5-CT é uma versão modificada da SCID-5-RV que foi reformatada, racionalizada e otimizada para uso em ensaios clínicos que incorporam critérios típicos de inclusão e exclusão. Os modelos da SCID-CT foram desenvolvidos para ensaios clínicos relacionados a tratamentos de Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Bipolar, Esquizofrenia, Transtorno de Ansiedade Generalizada, TEPT e TDAH. Uma SCID-5-CT adicional “de exclusão” também foi desenvolvida para situações em que a SCID é usada, principalmente para excluir indivíduos com transtornos listados nos critérios de exclusão

para o estudo (p. ex., quando o sujeito encontra-se em tratamento farmacológico para transtornos não incluídos na SCID, como o Transtorno Neurocognitivo Maior). Para produzir uma SCID-CT específica a um dado protocolo, o modelo apropriado deve ser personalizado para que se conforme aos seus critérios de inclusão/exclusão. Visite www.scid5.org para mais informações sobre a obtenção de uma licença comercial e para preparar uma personalização específica de protocolo da SCID-CT.

4. Cobertura Diagnóstica e Período de Tempo da SCID-5-CV

A SCID-5-CV é dividida em 10 módulos diagnósticos relativamente independentes. A Tabela 4-1 indica os sintomas, os episódios e os transtornos que estão incluídos em cada um dos módulos. Conforme observado na coluna à direita da tabela, há vários períodos de tempo que se aplicam à avaliação dos transtornos na SCID-5-CV. A fim de simplificar a SCID para o uso clínico, muitos transtornos na SCID-5-CV são avaliados apenas para o período de tempo atual, porque é provável que esse período de tempo seja clinicamente mais relevante para os propósitos de seleção e manejo do tratamento. Esses transtornos “apenas atuais” incluem Transtorno Depressivo Persistente, Transtornos por Uso de Substâncias, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade Social, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC), TDAH e Transtorno de Adaptação. Outras condições são avaliadas por sua presença ao longo da vida do paciente e são acompanhadas por perguntas adicionais para determinar se os critérios também foram satisfeitos durante o mês atual. Essas patologias incluem Transtorno Bipolar Tipo I, Transtorno Bipolar Tipo II, Outro Transtorno Bipolar Especificado/Não Especificado, Transtorno Depressivo Maior, Outro Transtorno Depressivo Especificado/Não Especificado, todos do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos, Transtorno de Pânico e TEPT. A maioria desses transtornos é definida de acordo com sintomas ou eventos que ocorreram durante a vida do indivíduo (p. ex., exposição a evento traumático no TEPT, história de ataques de pânico inesperados e recorrentes no Transtorno de Pânico).

Em contraste com os transtornos mencionados, que envolvem o fornecimento, por parte do clínico, de uma classificação para cada critério diagnóstico, os transtornos mentais devidos a outra condição médica (p. ex., Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica) e induzidos por substância/medicamento (p. ex., Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento) são diagnosticados na SCID-5-CV sem a avaliação de seus critérios diagnósticos. Em vez disso, os diagnósticos de Transtorno Mental Devido a Outra Condição Médica e Transtorno Mental Induzido por Substância/Medicamento são feitos no curso da avaliação dos critérios nos transtornos primários que excluem uma condição médica geral (CMG) ou etiologia de substância/medicamento – por exemplo, “a perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p. ex., drogas de abuso, medicamentos) ou outra condição médica”. Naqueles casos em que o clínico exclui um diagnóstico psiquiátrico primário por causa de uma CMG ou de etiologia de medicamento/substância, ele é instruído a diagnosticar o Transtorno Mental Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Mental Induzido por Substância/Medicamento apropriado, bem como registrar o diagnóstico e o seu código diagnóstico da CID-10-MC na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico da SCID-5-CV. Além disso, as perguntas de entrevista correspondentes aos critérios diagnósticos individuais não são fornecidas para os transtornos listados no Módulo I (a maioria dos quais são avaliados na versão “aprimorada” da SCID-5-RV). Em vez disso, ape-

nas perguntas de rastreamento da SCID-5-RV são apresentadas e, caso sejam respondidas de modo afirmativo pelo paciente, o profissional precisa avaliar clinicamente a sua potencial presença, com base na consulta dos conjuntos de critérios correspondentes do DSM-5.

TABELA 4–1 Cobertura diagnóstica da SCID-5-CV (com períodos de tempo aplicáveis)

Módulo	Conteúdos	Período de tempo
Módulo A	Episódio Depressivo Maior	Atual (último mês) e Anterior
Episódios de Humor	Episódio Maníaco	Atual (último mês) e Anterior
	Episódio Hipomaníaco	Atual (último mês) e Anterior
	Transtorno Depressivo Persistente (antigo)	Atual (últimos dois anos)
	Transtorno Distímico)	
Módulo B	Delírios	Ao longo da vida
Sintomas Psicóticos e associados	Alucinações	Ao longo da vida
	Discurso desorganizado	Ao longo da vida
	Comportamento desorganizado	Ao longo da vida
	Comportamento catatônico	Ao longo da vida
	Sintomas negativos	Atual (último mês) e Anterior
Módulo C	Esquizofrenia	Atual (último mês) e Anterior
Diagnóstico Diferencial de Transtornos Psicóticos	Transtorno Esquizofreniforme	Atual (último mês) e Anterior
	Transtorno Esquizaafetivo	Atual (último mês) e Anterior
	Transtorno Delirante	Atual (último mês) e Anterior
	Transtorno Psicótico Breve	Atual (último mês) e Anterior
	Outro Transtorno Psicótico Especificado/Não Especificado	Atual (último mês) e Anterior (remissão)
	Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica (OCM)	Ao longo da vida
	Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento	Ao longo da vida
Módulo D	Transtorno Bipolar Tipo I	Atual (último mês) e Anterior (remissão)
Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor	Transtorno Bipolar Tipo II	Atual (último mês) e Anterior (remissão)
	Outro Transtorno Bipolar Especificado/Não Especificado	Atual (último mês) e Anterior (remissão)
	Transtorno Bipolar Devido a OCM	Ao longo da vida
	Transtorno Bipolar Induzido por Substância/Medicamento	Ao longo da vida
	Transtorno Depressivo Maior	Atual (último mês) e Anterior (remissão)
	Outro Transtorno Depressivo Especificado/Não Especificado	Atual (último mês) e Anterior (remissão)
	Transtorno Depressivo Devido a OCM	Ao longo da vida
	Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento	Ao longo da vida

(continua)

TABELA 4–1 Cobertura diagnóstica da SCID-5-CV (com períodos de tempo aplicáveis) (continuação)

Módulo	Conteúdos	Período de tempo
Módulo E Transtornos por Uso de Substâncias	Transtorno por Uso de Álcool	Atual (nos últimos 12 meses)
	Transtorno por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos	Atual (nos últimos 12 meses)
	Transtorno por Uso de <i>Cannabis</i>	Atual (nos últimos 12 meses)
	Transtorno por Uso de Estimulantes	Atual (nos últimos 12 meses)
	Transtorno por Uso de Opioides	Atual (nos últimos 12 meses)
	Transtorno por Uso de Fenciclidina e de Substâncias Relacionadas	Atual (nos últimos 12 meses)
	Transtorno por Uso de Outros Alucinógenos	Atual (nos últimos 12 meses)
	Transtorno por Uso de Inalantes	Atual (nos últimos 12 meses)
	Transtorno por Uso de Outra Substância (ou Substância Desconhecida)	Atual (nos últimos 12 meses)
Módulo F Transtornos de Ansiedade	Transtorno de Pânico	Atual (último mês) e Anterior
	Agorafobia	Atual (nos últimos seis meses)
	Transtorno de Ansiedade Social	Atual (nos últimos seis meses)
	Transtorno de Ansiedade Generalizada	Atual (nos últimos seis meses)
	Transtorno de Ansiedade Devido a OCM	Ao longo da vida
	Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento	Ao longo da vida
Módulo G Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno de Estresse Pós-traumático	Transtorno Obsessivo-compulsivo	Atual (último mês)
	Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Devido a OCM	Ao longo da vida
	Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/ Medicamento	Ao longo da vida
	Transtorno de Estresse Pós-traumático	Atual (último mês) e Anterior
	Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade	Atual (nos últimos seis meses)
Módulo H Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em Adultos		
Módulo I Rastreamento de Outros Transtornos Atuais	Transtorno Disfórico Pré-menstrual	<i>Nota:</i> Embora a avaliação seja para os transtornos atuais, os critérios diagnósticos não são fornecidos para esses transtornos na SCID-5-CV.
	Fobia Específica	
	Transtorno de Ansiedade de Separação	
	Transtorno de Acumulação	
	Transtorno Dismórfico Corporal	
	Tricotilomania (Transtorno de Arrancar o Cabelo)	
	Transtorno de Escoriação (<i>Skin-picking</i>)	
	Transtorno de Insônia	
	Transtorno de Hipersonolência	
	Anorexia Nervosa	
	Bulimia Nervosa	
	Transtorno de Compulsão Alimentar	
	Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo	
	Transtorno de Sintomas Somáticos	
	Transtorno de Ansiedade de Doença	
	Transtorno Explosivo Intermitente	
	Transtorno do Jogo	
Módulo J Transtorno de Adaptação	Transtorno de Adaptação	Atual (nos últimos seis meses)

5. Características Básicas da SCID-5-CV

5.1 Visão geral

A SCID começa com uma Visão Geral aberta do transtorno atual e de episódios anteriores de psicopatologia, antes de levar o clínico a questionar sistematicamente sobre a presença ou a ausência de itens de critérios particulares do DSM-5. Essa Visão Geral fornece oportunidades para ouvir o paciente descrever quaisquer dificuldades com as suas próprias palavras e coletar informações que podem não ser tratadas no curso da avaliação de critérios diagnósticos específicos (p. ex., história de tratamento, funcionamento ocupacional e social, contexto dos sintomas em desenvolvimento). Ao final da Visão Geral, o clínico deve ter reunido informação suficiente para formular uma lista de diagnósticos provisórios, que serão excluídos ou substanciados pelos módulos diagnósticos.

5.2 Fluxo diagnóstico

A sequência de perguntas na SCID-5-CV é elaborada para aproximar-se do processo de diagnóstico diferencial de um clínico experiente. À medida que a entrevista avança e os critérios diagnósticos do DSM-5 incorporados à SCID são avaliados, o clínico está, na prática, testando continuamente as hipóteses diagnósticas. Observe que, para alguns transtornos, os critérios diagnósticos não estão listados na mesma ordem do DSM-5: eles foram reordenados para tornar a entrevista mais eficiente ou fácil de usar. Por exemplo, o Critério D para Esquizofrenia está listado logo após do Critério A para permitir que o clínico descarte imediatamente essa doença se a relação temporal entre os sintomas psicóticos e de humor não for consistente com tal diagnóstico.

5.3 Classificações

Embora perguntas estruturadas específicas sejam fornecidas para ajudar a extrair informações diagnósticas, é importante ter em mente o fato de que as **classificações na SCID-5-CV refletem a presença ou a ausência dos critérios diagnósticos do DSM-5, e não necessariamente as respostas do paciente às perguntas da SCID**. As classificações na SCID-5-CV são descritas a seguir e definidas mais detalhadamente na Seção 7.4 “Classificações dos itens de critério”:

- = **Ausente/sublimiar** (para um critério sintomático em um *continuum*).
- NÃO** = Uma afirmação de critério dicotômica é claramente **falsa**.
- + = **Limiar** (para um critério sintomático em um *continuum*).
- SIM** = Uma afirmação de critério dicotômica é claramente **verdadeira**.

A maioria das perguntas da SCID pode ser respondida com um simples “SIM” ou “NÃO”; contudo, uma resposta “SIM”, sem elaboração, raramente representa informação suficiente para determinar se um critério é satisfeito. Geralmente é necessário pedir ao paciente que elabore ou forneça exemplos específicos para se fazer uma classificação diagnóstica válida. Por exemplo, uma das questões para um Episódio Depressivo Maior pergunta se o indivíduo tem tido “problemas para pensar ou se concentrar”. Se o paciente relata este item como um problema, o clínico deve fazer investigações subsequentes antes de classificar o critério como “+” para garantir que as experiências do paciente correspondem ao critério respectivo (i.e., “Tem sido difícil

tomar decisões sobre coisas cotidianas? [Isso tem interferido em que tipos de coisas? Quase todos os dias?]”). Uma classificação de “+” deve ser feita apenas após o clínico considerar que as respostas do paciente satisfazem o critério. Às vezes, isso implica a reformulação ou a paráfrase da redação do critério para tornar o conceito mais claro ao paciente. Em outros momentos, o clínico pode achar necessário buscar informações corroborativas de outras fontes (p. ex., membros da família, registros anteriores).

Lembre-se de que não é necessário que o paciente reconheça a presença do sintoma para justificar a classificação de “+” ou a sua ausência para justificar uma classificação de “-”. (Ver a Seção 7.4: “Classificações dos itens de critério”, para mais informações sobre como fazer classificações.) A classificação depende, em última instância, de que o médico faça um julgamento clínico sobre se o critério diagnóstico é satisfeito ou não. Se o clínico está confiante de que um sintoma particular está presente, apesar de o paciente negá-lo, ele pode desafiar sutilmente a resposta ou até codificar o sintoma como presente (“+”) caso tenha evidências suficientes que permitam fazê-lo (p. ex., um paciente que afirma que passar duas horas por dia em um ritual de lavar as mãos não é excessivo ou irracional). Em contrapartida, se o clínico duvidar de que um sintoma está presente, mesmo depois de ouvir o paciente descrevê-lo, o item deve ser classificado como ausente ou subclínico (“-”).

5.4 Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico

Enquanto a SCID-5-CV é aplicada, o clínico preenche a Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico (páginas 160-165), indicando aqueles diagnósticos do DSM-5 feitos durante a entrevista. A Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico inclui os códigos diagnósticos correspondentes da CID-10-MC para cada diagnóstico. Os diagnósticos do DSM-5 são listados, em geral, na ordem em que são feitos durante o curso da avaliação da SCID-5-CV. O clínico indica os diagnósticos relevantes do DSM-5, os especificadores/subtipos codificados e se os critérios são satisfeitos atualmente ou apenas no passado ao marcar a caixa adequada na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico da SCID-5-CV.

Para aqueles transtornos precedidos por duas caixas de seleção (p. ex., Esquizofrenia, Transtorno de Pânico, TEPT), a caixa da esquerda (“Atual”) deve ser marcada se os critérios foram satisfeitos atualmente, e a da direita (“História anterior”) deve ser marcada se os critérios foram satisfeitos apenas no passado. Para os transtornos de humor episódicos (i.e., Transtorno Bipolar Tipo I, Transtorno Bipolar Tipo II, Transtorno Depressivo Maior), a caixa da esquerda (“Atual”) deve ser marcada para aqueles especificadores de gravidade que estão atualmente presentes (i.e., leve, moderado, grave, com características psicóticas), e a caixa da direita (“História anterior”) deve ser marcada para aqueles diagnósticos em remissão parcial ou em remissão completa. Para aqueles transtornos precedidos por uma única caixa na coluna à esquerda (i.e., “Atual”, ou “Nos últimos 12 meses”), esta deve ser marcada se os critérios são atualmente satisfeitos durante o período de tempo indicado (p. ex., os últimos 12 meses). Para aqueles transtornos (p. ex., Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento) precedidos por uma única caixa (“Ao longo da vida”) na coluna à direita, esta deve ser marcada se o transtorno esteve presente ao longo da vida do paciente. Observe que, por causa da complexidade dos códigos diagnósticos para os transtornos mentais induzidos por substância/medicamento, os quais dependem da classe da substância e da gravidade de um transtorno comórbido por uso de substâncias, o código diagnóstico aplicável deve ser inscrito pelo clínico depois de consultar a tabela de codificação apropriada,

na página 165, conforme mencionado na nota de rodapé correspondente. Por exemplo, para indicar um Transtorno Depressivo que julga-se ser devido ao uso de cocaína em um indivíduo com um transtorno grave por uso dessa substância, o clínico marcaria a caixa “Ao longo da vida” que precede o Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento e indicaria que a substância etiológica foi a cocaína e o código diagnóstico foi F14.24, de acordo com a tabela de codificação da página 165.

5.5 Fontes de informação

O clínico deve usar todos os recursos de informação disponíveis sobre o paciente ao fazer as classificações. Isso pode incluir notas de encaminhamento e as observações de membros da família e amigos. Em alguns casos, o clínico talvez necessite desafiar sutilmente um paciente com relação a discrepâncias entre o seu relato e o de outras fontes de informação. Se o indivíduo não oferece uma história adequada (p. ex., um paciente hospitalizado com sintomas psicóticos agudos e agitação, um paciente crônico com prejuízo cognitivo), muitas das informações podem precisar ser extraídas dos registros médicos ou de outras fontes. Antes de começar a entrevistar um indivíduo assim, o clínico deve revisar seus registros médicos, anotar os sintomas e as datas de hospitalizações anteriores no tópico História de Tratamento na seção Visão Geral (página 166) e registrar os sintomas pertinentes na seção apropriada da SCID-5-CV (p. ex., registrar sintomas psicóticos no Módulo B).

Em casos assim, a SCID não é tanto um guia de entrevista quanto um lugar para registrar sistematicamente sintomas que tenham sido documentados nos registros do paciente.

6. Aplicação da SCID-5-CV

Habitualmente, a SCID-5-CV é aplicada em uma única sessão e, em geral, leva de 45 a 90 minutos, dependendo da complexidade da história psiquiátrica e da capacidade do paciente de descrever a sua psicopatologia de forma sucinta. Casos particularmente complexos podem levar até 3 horas. Em algumas situações, pode haver a necessidade de a SCID-5-CV ser aplicada ao longo de múltiplas sessões. Se informações adicionais se tornarem disponíveis após a entrevista ser concluída, o clínico deve modificar os dados da SCID de acordo.

A aplicação da SCID por videoconferência foi comparada à avaliação face a face dentro de uma comunidade indígena estadunidense em um estudo realizado por Shore e colaboradores (2007).^{*} O estudo constatou que a avaliação da SCID por meio da videoconferência interativa ao vivo não difere significativamente daquela feita face a face.

^{*} N. de R.T. No Brasil, Crippa e colaboradores (2008) realizaram um estudo que avaliou a confiabilidade da SCID (DSM-IV) aplicada “ao vivo e por telefone” em pacientes com ansiedade social, evidenciando excelente nível de acordo. Crippa JA, de Lima Osório F, Del-Ben CM, Filho AS, da Silva Freitas MC, Loureiro SR. Comparability between telephone and face-to-face structured clinical interview for DSM-IV in assessing social anxiety disorder. *Perspect Psychiatr Care*. 2008; 44(4):241-7.

7. Convenções e Utilização da SCID-5-CV

Nota: Recomenda-se que você tenha uma cópia da SCID-5-CV à sua frente enquanto estiver revisando as próximas seções.

7.1 Rótulos de item

Cada item classificado na SCID-5-CV recebeu um rótulo que consiste em uma letra maiúscula (indicando o módulo da SCID-5-CV) e um número. Esses rótulos, que aparecem à esquerda e à direita de cada item na SCID-5-CV, servem a diversos propósitos.

- Antes de qualquer coisa, são usados para controlar o fluxo diagnóstico ao longo da SCID-5-CV. Todas as instruções para pular partes da SCID-5-CV usam esses rótulos de item como locais de destino para informar o clínico sobre onde continuar a entrevista. No exemplo a seguir, que mostra as perguntas e a classificação para o Critério A no Episódio Hipomaníaco Atual (rótulo de item A41), se o clínico faz uma classificação “–”, ele é instruído a pular para a página 181 da entrevista e continuar com a avaliação do Episódio Maníaco Anterior (começando com o rótulo de item A54).

A41	<p>O período em que você estava se sentindo (elevado/irritável/ TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) durou mais do que quatro dias? <u>Isso durou a maior parte do dia, quase todos os dias?</u></p> <p>Você teve mais de um período como esse (UM MÊS ATRÁS)? (Qual foi o mais extremo?)</p>	<p>A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.</p>	<p>– +</p> <p>Continue com A54 (Episódio Maníaco Anterior), página 181.</p>	A41
-----	---	--	---	-----

- Os rótulos são frequentemente usados com o objetivo de referenciar as localizações de itens nas instruções da SCID-5-CV para o clínico. Por exemplo, a instrução para a avaliação dos itens do Critério B no Episódio Maníaco Anterior informa o clínico de que “**PARA A56 a A62, CONCENTRE-SE NO PERÍODO MAIS GRAVE DO EPISÓDIO SOBRE O QUAL VOCÊ ESTÁ INQUIRINDO**”. Os rótulos de item A56–A62 referenciados correspondem aos critérios do episódio maníaco específico em questão.
- As classificações para uma variedade de critérios diagnósticos, especialmente aqueles dos Módulos C e D, dependem das classificações dos itens anteriores. Por exemplo, o Critério A para Esquizofrenia no Módulo C (dois ou mais dos seguintes: delírios, alucinações...) depende das classificações dos sintomas psicóticos no Módulo B. Consequentemente, cada componente do Critério A para Esquizofrenia leva o clínico de volta às classificações relevantes feitas no Módulo B (p. ex., “1. Delírios [B1–B13], 2. Alucinações [B14–B19]...”).
- Por fim, os rótulos de item podem ser úteis nas situações em que os dados da SCID-5-CV estão sendo inseridos em uma base de dados computadorizada. Ao se adotar esses rótulos de item como nomes de variáveis no programa computacional, os dados da SCID podem ser mais facilmente comparados a outras bases de dados da SCID que foram configuradas com o uso dessa convenção de nomenclatura para os campos de dados.

7.2 Formato de três colunas para os Módulos A, B, E, F, G, H e J

Nos Módulos A, B, E, F, G, H e J, a coluna à esquerda de cada página consiste em perguntas de entrevista da SCID-5-CV (em negrito) e orientações (em letras maiúsculas) para o clínico. Os critérios diagnósticos do DSM-5 aos quais as perguntas de entrevista se referem estão na coluna central da página. A coluna à direita de cada página contém os códigos para a classificação dos critérios. Na extrema esquerda e na extrema direita, em pequenas caixas, estão os rótulos de item descritos na Seção 7.1, “Rótulos de item”.

7.3 Perguntas da SCID

7.3.1 Perguntas feitas de forma literal

As perguntas da SCID que não estão entre parênteses devem ser feitas de forma literal a cada paciente. A única exceção a essa regra básica da SCID está naqueles exemplos em que o indivíduo já forneceu as informações necessárias na entrevista SCID-5-CV. Por exemplo, se durante a Visão Geral o paciente afirma que a razão de ter vindo à clínica é o fato de que tem andado muito deprimido nos últimos meses, o clínico, então, não faria a pergunta inicial do Módulo A de forma literal: “...você já teve um período de tempo em que se sentiu deprimido ou abatido pela maior parte do dia, quase todos os dias?”. Nesses exemplos, entretanto, o clínico NÃO deveria simplesmente assumir que o sintoma está presente e codificar o item como “+” sem pedir confirmação, porque algum aspecto do critério pode não ter sido explorado de maneira adequada (p. ex., sua duração ou persistência pela maior parte do dia, quase todos os dias). Em vez disso, o profissional deveria confirmar as informações já obtidas parafraseando a pergunta original. Por exemplo, ele pode dizer: “Você já me disse que vem se sentindo deprimido nos últimos meses. Houve um período de duas semanas em que você esteve deprimido pela maior parte do dia, quase todos os dias?”.

7.3.2 Perguntas colocadas entre parênteses

A convenção da SCID é a de que as perguntas entre parênteses devem ser feitas quando for necessário esclarecer as respostas e podem ser puladas se o clínico já sabe a sua resposta ou se tem informações suficientes para classificar o critério como “+”. Por exemplo, a pergunta inicial para o item “aumento da atividade dirigida a objetivos” (Critério B6, rótulo de item A36) no Episódio Maníaco questiona o paciente sobre como ele passou o seu tempo. Se o indivíduo fornece um relato detalhado de comportamento que satisfaz claramente esse critério, não há necessidade de fazer as perguntas adicionais entre parênteses, como “Você ficou mais sociável durante esse período, ligou para os amigos, saiu com eles mais do que o habitual ou fez muitas amizades novas?”. Se, entretanto, a resposta do paciente à pergunta inicial não for suficientemente detalhada para determinar se o critério é satisfeito ou não, o clínico deve fazer quantas perguntas entre parênteses forem necessárias para conseguir realizar a classificação.

O fato de a pergunta estar entre parênteses não implica que a informação que ela visa extrair seja menos crucial. Por exemplo, o primeiro item (Critério A1, rótulo de item A1) no Episódio Depressivo Maior inclui a indagação “Cerca de duas semanas?” entre parênteses. A não ser que o paciente mencione a duração do humor deprimido, o clínico deve perguntar se o episódio durou cerca de duas semanas, porque essa duração de humor deprimido é uma exigência crucial para classificar esse sintoma como presente.

7.3.3 “TERMOS DO PRÓPRIO PACIENTE” (e outras expressões em maiúsculas, como “SINTOMAS AGORAFÓBICOS”)

Muitas das questões da SCID contêm expressões inteiramente em maiúsculas entre parênteses, como “(TERMOS DO PRÓPRIO PACIENTE)”, “(SINTOMAS AGORAFÓBICOS)” e assim por diante. Essa convenção indica que o clínico deve modificar a pergunta e inserir palavras específicas do paciente no lugar dessas designações. Para “TERMOS DO PRÓPRIO PACIENTE”, o profissional deveria inserir as palavras que o indivíduo vem utilizando para descrever o sintoma particular. Por exemplo, se o paciente se refere ao Episódio Maníaco como “quando eu estava ligado”, então o clínico deve reformular a pergunta “quando você ficou mais (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE)?” para “quando você ficou mais ligado?”. Para expressões como “(SINTOMAS AGORAFÓBICOS)”, o profissional deveria inserir os sintomas particulares que o paciente relatou durante o curso da entrevista. Por exemplo, a pergunta correspondente ao Critério G (o critério de relevância clínica; rótulo de item F29) para Agorafobia questiona: “Que efeito os (SINTOMAS AGORAFÓBICOS) tiveram em sua vida?”. Nessa circunstância, o clínico deveria inserir os sintomas agorafóbicos já reconhecidos na pergunta (p. ex., “Que efeito teve em sua vida o fato de não ser capaz de dirigir sobre pontes ou ir a lojas lotadas?”).

7.3.4 “UM MÊS ATRÁS” (e outros intervalos de tempo inteiramente em letras maiúsculas)

Os estudos sobre memória e recordação demonstraram que os indivíduos são mais precisos em seus relatos de eventos se as perguntas forem ancoradas em datas passadas específicas, em vez de ancorá-las a intervalos de tempo gerais. Por essa razão, as perguntas que indagam sobre a presença de um sintoma durante um intervalo de tempo particular (p. ex., “Durante o último mês”) foram aumentadas ou substituídas por uma expressão como “desde (UM MÊS ATRÁS)”, exigindo que o clínico use a data exata na pergunta. Por exemplo, ao determinar se os critérios para Episódio Maníaco no Transtorno Bipolar Tipo I são atualmente satisfeitos (rótulo de item D17), a pergunta da SCID é “Durante o último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), você teve (SINTOMAS MANÍACOS CLASSIFICADOS COMO “+”)?”. Para uma entrevista SCID sendo realizada em 15 de dezembro, o clínico traduziria isso dessa forma: “Durante o último mês, desde a metade de novembro, você teve sintomas como não precisar dormir, ser muito loquaz, ter muita energia, ter pensamentos acelerados ou ser distraído facilmente?”.

7.4 Classificações dos itens de critério

A maioria dos critérios do DSM-5 exige que um sinal, um sintoma ou um achado psiquiátrico esteja presente em um nível suficiente de gravidade, persistência ou duração a fim de ser contabilizado para o diagnóstico. Para esses itens, a SCID-5-CV oferece duas classificações possíveis: “– = ausente/sublimiar” e “+ = limiar”. Entretanto, outros critérios, como aqueles que invocam regras de exclusão diagnóstica (p. ex., “não é mais bem explicada por outro transtorno mental”), bem como enunciados algorítmicos (p. ex., “PELO MENOS TRÊS ITENS DO CRITÉRIO A SÃO CODIFICADOS COMO “+”), têm apenas duas classificações possíveis disponíveis: “NÃO” e “SIM”. As classificações da SCID-5-CV são explicadas da seguinte maneira:

- = **ausente/sublimiar**: O sintoma descrito no critério está claramente ausente (p. ex., sem perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento no apetite) ou é sublimiar (p. ex., o paciente esteve deprimido por apenas sete dias, em vez do mínimo exigido de duas semanas; o paciente relata perda de interesse em apenas algumas atividades, mas não em “quase todas as atividades”, como é o exigido).
- NÃO** = A afirmação de critério é claramente **falsa** (p. ex., para um critério na forma de “a perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental”, use o código “NÃO” para situações em que o clínico decide que a condição é mais bem explicada por outro transtorno mental).
- + = **limiar**: O limiar para o critério é apenas satisfeito (p. ex., o paciente relata que esteve deprimido por duas semanas) ou mais do que satisfeito (p. ex., o paciente relata que esteve deprimido por vários meses).
- SIM** = A afirmação do critério é claramente **verdadeira** (p. ex., ao menos três sintomas do Critério B são classificados como “+”).

7.5 Formato das notas

A formatação das notas dentro da SCID-5-CV transmite significados particulares. “**Nota**”, em negrito, reflete a inclusão de tais notas conforme o que está contido nos critérios do DSM-5. Outras notas ao longo de toda a SCID-5-CV estão em itálico, com “*NOTA*” em letras maiúsculas; essas notas indicam instruções ou orientação específicas para a classificação dos critérios ou para a condução da entrevista SCID-5-CV.

7.6 Registrando informações descritivas

Para a maior parte dos itens, o clínico deve pedir ao paciente que forneça detalhes específicos de pensamentos, sentimentos e comportamentos para apoiar as classificações do critério. Essas informações devem ser registradas na SCID a fim de documentar aquelas que foram usadas para justificar a classificação do profissional. Para aqueles critérios em que a documentação de informações específicas é particularmente importante, a palavra “DESCREVA” aparece abaixo do critério. O clínico deve rotular claramente as informações na SCID que foram obtidas de fontes que não o paciente (p. ex., prontuários, informante).

7.7 Pular instruções

Ao transitar pela entrevista SCID, a regra é sempre ir para o próximo item, salvo quando há instruções em contrário. Esse fluxo sequencial de “um item de cada vez” é alterado por instruções que tornam mais fácil pular critérios diagnósticos que não precisam mais ser avaliados (i.e., porque os critérios para o transtorno não podem mais ser satisfeitos) ou não são mais relevantes (p. ex., pular a avaliação de Transtorno Depressivo Persistente porque os critérios já foram satisfeitos para um Episódio Maníaco ou Hipomaníaco).

Essas instruções para pular aparecem em três formatos básicos:

1. **No início de uma seção**: Muitas seções têm instruções que informam o clínico das condições sob as quais a seção inteira pode ser pulada. Por exemplo, a ava-

liação do Transtorno Depressivo Persistente no Módulo A, página 188, começa com a seguinte instrução:

SE: JÁ HOVE UM EPISÓDIO MANÍACO OU HIPOMANÍACO (não decorrente de uma CMG ou substância/medicamento), PULE A AVALIAÇÃO DE TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE E CONTINUE COM **B1** (SINTOMAS PSICÓTICOS), **página 190**.

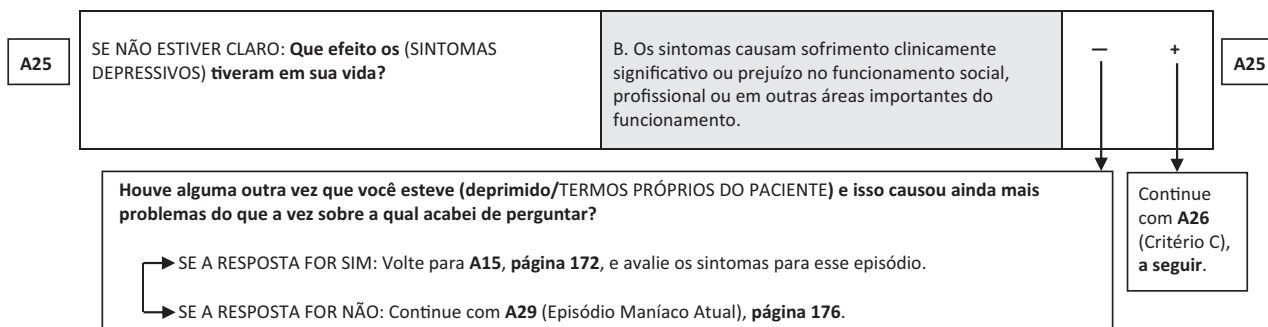
O clínico avalia o enunciado condicional (i.e., se houve quaisquer Episódios Maníacos ou Hipomaníacos) e, se for verdadeiro, ele continua a SCID-5-CV com o rótulo de item B1, o primeiro item na avaliação do Módulo B (Sintomas psicóticos e associados).

- 2. Sob um conjunto de classificações:** Nesses casos, uma instrução para pular é indicada na coluna à direita, onde as classificações são feitas, mais comumente em uma caixa de texto suspensa a partir da classificação de “–”. Essa convenção é usada para permitir que o clínico pule uma seção diagnóstica quando o critério em avaliação é julgado como ausente/sublimar ou falso. O clínico deve seguir a linha vertical até a caixa que contém a instrução para pular, que diz para pular para o rótulo de item especificado na página especificada e continuar a entrevista daquele ponto em diante.

F25	<p>Você quase sempre se sente amedrontado ou ansioso quando está nas (SITUAÇÕES EVITADAS)?</p>	<p>C. As situações agorafóbicas quase sempre provocam medo ou ansiedade.</p>	<p>– +</p> <p>↓</p>	F25
			<p>Vá para F32 (Transtorno de Ansiedade Social), página 227.</p>	

No exemplo acima, tirado da página 225 da avaliação da Agorafobia, se uma classificação de “–” é dada para o Critério C, o clínico deve pular para o rótulo de item **F32** na página 227 e retomar as perguntas a partir desse ponto. Observe que isso não indica o diagnóstico de transtorno de Ansiedade Social, apenas dirige o clínico para a avaliação dessa condição. Se uma classificação de “+” for dada, o clínico deve prosseguir para o próximo item (i.e., o rótulo de item **F26**, Critério D em Agorafobia), atendo-se à regra da SCID de que, a não ser que haja uma instrução em contrário, se deve sempre continuar com o próximo item.

Em alguns casos, em vez de haver uma caixa de texto (com uma instrução para pular) suspensa a partir de uma classificação de “–”, há uma seta que aponta para uma caixa que contém uma pergunta adicional. Esse mecanismo é utilizado com frequência na avaliação de transtornos episódicos (p. ex., Episódios Depressivos Maiores, Episódios Maníacos, Episódios Hipomaníacos ao longo da vida) como uma maneira de fazer o clínico considerar se há episódios diferentes daquele que foi inicialmente selecionado para a avaliação e que devam ser avaliados uma vez que os critérios não foram satisfeitos pelo episódio selecionado. Por exemplo, na avaliação do Episódio Depressivo Maior Anterior (rótulo de item **A25**), se o clínico classifica com um “–” no critério de relevância clínica (indicando que o episódio anterior selecionado não causou sofrimento ou prejuízo significativos), ele deve seguir a seta a partir de baixo da classificação “–”, que leva à pergunta adicional sobre a existência de quaisquer outros episódios que causaram ainda mais sofrimento ou prejuízo.



3. Como uma instrução no meio da avaliação de um transtorno: Instruções para pular são, às vezes, indicadas por letras maiúsculas no meio de uma avaliação diagnóstica de um transtorno. Por exemplo, na conclusão da avaliação de história de consumo de drogas (rótulos de item E15a–E22a), na página 216, há a seguinte instrução:

SE QUALQUER CLASSE DE DROGAS ILEGAIS OU RECREATIVAS FOI USADA POR PELO MENOS SEIS VEZES NOS ÚLTIMOS 12 MESES, OU HOUVE ABUSO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS/VSPM DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES (P. EX., TOMAR MAIS DO QUE O PRESCRITO OU RECOMENDADO, CONSULTAR VÁRIOS MÉDICOS PARA OBTER PRESCRIÇÕES), VÁ PARA **E23** (Transtorno por Uso de Substâncias Não Alcoólicas nos últimos 12 meses), **página 217**.

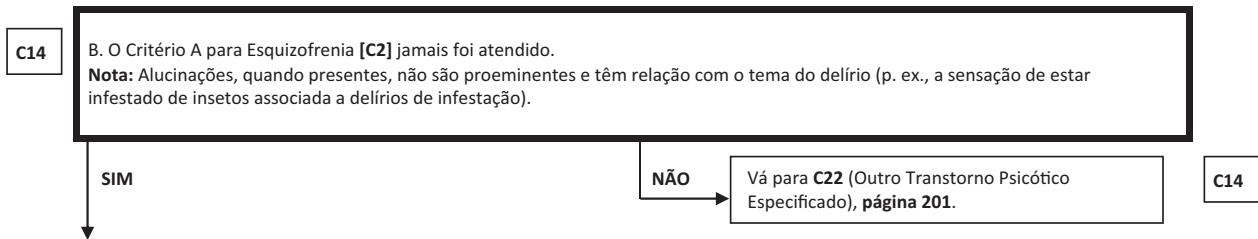
DO CONTRÁRIO (I. E., NENHUMA DROGA FOI USADA PELO MENOS SEIS VEZES E NÃO HÁ EVIDÊNCIAS DE ABUSO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS/VSPM), vá para **F1** (Transtorno de Pânico), **página 222**.

Nesse caso, o clínico revisa a história de uso para cada uma das classes de drogas e considera se uma droga ilegal ou recreativa foi usada pelo menos seis vezes nos últimos 12 meses, ou se o paciente abusou de qualquer medicamento prescrito ou vendido sem prescrição médica. Do contrário, o profissional é instruído a pular para a avaliação de Transtorno de Pânico, começando com o rótulo de item F1, na página 222.

7.8 Formato da árvore de decisão para os Módulos C e D

O Módulo C (Diagnóstico Diferencial de Transtornos Psicóticos) e o Módulo D (Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor) usam um formato de árvore de decisão, em contraste com outros módulos, que usam o formato de três colunas anteriormente descrito. Cada critério está contido em uma caixa de decisão, com duas setas, uma rotulada “SIM” e a outra rotulada “NÃO”, que conduzem para fora dela. O clínico avalia o critério na caixa com base nas informações sobre sintomas obtidas nos Módulos A e B. Em alguns casos, informações adicionais podem ser necessárias para avaliar os critérios, e perguntas de entrevistas adicionais são fornecidas para maior esclarecimento. Se o critério estiver presente, o profissional classifica o item com “SIM” circulando a palavra “SIM” na SCID-5-CV, e segue a seta “SIM”, até a próxima caixa; se o critério estiver ausente, o clínico classifica o item com “NÃO”, circulando a palavra “NÃO” na SCID-5-CV, e segue a seta “NÃO” até a próxima caixa.

O exemplo a seguir vem da avaliação do Transtorno Delirante e ilustra a avaliação do Critério B, rótulo de item C14, na página 199:



O clínico avalia o Critério B após fazer uma classificação “SIM” do Critério A (rótulo de item C13). Se o Critério B for verdadeiro (i.e., o Critério A para Esquizofrenia jamais foi satisfeito), o clínico circula a classificação “SIM” para o rótulo de item C14 e continua com a avaliação do Critério C no rótulo de item C15. Se o Critério B for falso (i.e., o Critério A para Esquizofrenia foi satisfeito), o profissional circula a classificação “NÃO” para o rótulo de item C14 e continua com o rótulo de item C22 (Outro Transtorno Psicótico Especificado), na página 201.

7.9 Múltiplas frases em conjuntos de critérios

Muitos dos critérios diagnósticos do DSM-5 contêm múltiplas frases que são unidas por “OU” (p. ex., existe um desejo persistente OU esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool). Uma classificação de “+” para o critério é feita se QUALQUER UMA das frases for julgada presente. Normalmente, há múltiplas perguntas de entrevista SCID para esses critérios, com questões subsequentes após a pergunta inicial precedidas por “SE A RESPOSTA FOR NÃO”. Entretanto, para maximizar a eficiência da entrevista, o clínico necessita apenas fazer as perguntas adicionais se a primeira parte do critério for considerada ausente. No exemplo a seguir, se o paciente responde “SIM” à primeira pergunta e fornece exemplos que apoiam a sua resposta, o item pode ser classificado como “+” sem que o clínico tenha de perguntar se o paciente estava bebendo por um período de tempo maior que o pretendido.

E2	<p>Durante os últimos 12 meses...</p> <p>...depois de começar a beber, você achou que acabou bebendo muito mais do que <u>pretendia</u>? Por exemplo, você planejava tomar apenas uma ou duas doses, mas acabou bebendo muito mais. (Conte-me sobre isso. Com que frequência isso aconteceu?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a beber por um período de tempo muito maior do que você estava <u>pretendendo</u>?</p>	<p>1. Álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades OU por um período mais longo do que o pretendido.</p>	— +	E2
----	---	--	-----	----

Observe que, para alguns critérios, particularmente aqueles em que cada um dos subcomponentes do critério é de importância clínica (p. ex., aqueles no conjunto de critérios do Episódio Depressivo Maior), o clínico deve fazer todas as perguntas correspondentes aos componentes dos critérios, independentemente de a pergunta correspondente à parte inicial do critério ter sido respondida com “SIM” ou “NÃO”. Por exemplo, embora o Critério A7 do Episódio Depressivo Maior (rótulo de item A7) exija sentimentos de inutilidade OU culpa excessiva ou inapropriada, as perguntas são fornecidas para avaliar ambos os componentes por causa da importância clínica dos dois sintomas.

A7	<p>...você tem tido sentimentos de inutilidade?</p> <p>E tem se sentido culpado em relação às coisas que você fez ou deixou de fazer?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Que tipos de coisas? (E isso é apenas porque você não consegue tomar conta das coisas, já que tem estado doente?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: Quase todos os dias?</p>	<p>7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).</p>	<p>— +</p>	A7
----	---	---	------------	----

7.10 Colchetes que indicam perguntas mutuamente excludentes

Os pares de perguntas mutuamente excludentes são indicados por um colchete conectando o par de questões no lado esquerdo da página. Em tais situações, o clínico decide qual das perguntas do par deve ser lida em seguida, ao examinar os enunciados condicionais em maiúsculas, para ver qual das duas questões se aplica. Por exemplo, na avaliação do Episódio Depressivo Maior (rótulo de item A2, página 169), a pergunta para o item perda de interesse (Critério A2) começa com o seguinte par de perguntas mutuamente excludentes:

A2	<p>→ SE O ITEM ANTERIOR FOI CLASSIFICADO COMO “+”: Durante esse período, você sentiu menos interesse ou prazer com coisas de que normalmente gosta? (Como foi isso?)</p> <p>→ SE O ITEM ANTERIOR FOI CLASSIFICADO COMO “—”: E houve algum período desde (UM MÊS ATRÁS) em que você perdeu o interesse ou o prazer por coisas de que normalmente gosta? (Como foi isso?)</p>	<p>2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas).</p>	<p>— +</p>	A2
----	---	---	------------	----

Nesse caso, a seleção da versão particular da pergunta sobre a perda de interesse depende da classificação dada ao item humor deprimido do Critério A1 (rótulo de item A1). Se o item humor deprimido for classificado como “+”, a primeira seleção é feita (i.e., determina-se se houve ou não perda de interesse durante o período de duas semanas de humor deprimido). Se o item humor deprimido for classificado como “—” (indicando que não houve período de duas semanas de humor deprimido), então a versão alternativa da pergunta sobre a perda de interesse deveria ser feita, estabelecendo se houve ou não um período de duas semanas de interesse ou prazer diminuído durante o último mês.

7.11 Devido a condição médica geral, induzido por substância/ medicamento ou primário

A maioria dos diagnósticos tratados na SCID-5-CV inclui um critério que exige que o clínico decida se a psicopatologia é ou não causada pelos efeitos diretos de uma condição médica geral (CMG) ou do uso de substância/ medicamento sobre o sistema nervoso central (p. ex., “a perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância [p. ex., uma droga de abuso, um medicamento] ou a outra condição médica”). Se o clínico determina que a perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma CMG ou do uso de substância/ medicamento, os sintomas são considerados **primários**, e o profissional passa para o próximo item (o que, mais

comumente, resulta em fazer o diagnóstico, pois o critério de “exclusão orgânica” costuma ser o último item no conjunto de critérios). Se, em vez disso, o clínico julgar que os sintomas são de fato devidos aos efeitos diretos de uma CMG ou do uso de substância/medicamento, ele é instruído a pular a avaliação e diagnosticar o Transtorno Mental Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Mental Induzido por Substância/Medicamento apropriado, bem como indicar o transtorno correspondente (e o código diagnóstico da CID-10-MC correspondente) na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico. (Ver Seção 9, “Diferenciando Etiologias Médica Geral e de Substância/Medicamento de Transtornos Primários” para diretrizes sobre como o clínico deve fazer essa determinação.)

Por exemplo, ao avaliar os critérios para um Episódio Depressivo Maior, o profissional vai até o rótulo de item A12, Critério C (“não atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância [p. ex., uma droga de abuso, um medicamento] ou a outra condição médica”). Se o clínico decide que a depressão é secundária em relação ao uso de cocaína que ocorre no contexto de um transtorno grave por uso dessa substância, então um diagnóstico de Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento é feito, a caixa “Ao longo da vida” é marcada, em frente ao Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, e o clínico ainda indicaria que a substância específica é a cocaína e que o código diagnóstico é F14.24. Em contrapartida, se o profissional decide que a depressão é primária (ou independente de substância/medicamento ou de CMG), ele continua com o rótulo de item A13, na página seguinte (i.e., “Início da depressão (mês/ano)”).

ATENÇÃO USUÁRIOS NOVATOS DA SCID: A dupla negativa neste critério é uma fonte comum de confusão; o critério de exclusão É **SATISFEITO** (classificado como “SIM”) se a perturbação **NÃO** se deve a substância/medicamento ou CMG (i.e., ela é primária) – diga para si mesmo: “SIM, não há substância/medicamento ou CMG que esteja causando os sintomas psiquiátricos”. O critério **NÃO É SATISFEITO** (classificado como “NÃO”) se **NÃO É VERDADE** que a perturbação não se deve a um(a) substância/medicamento ou CMG – diga para si mesmo: “NÃO, há um(a) substância/medicamento ou CMG que está causando os sintomas psiquiátricos”.

Observe que, ao longo da SCID-5, o termo *condição médica geral* do DSM-IV foi mantido para fazer referência a condições médicas não psiquiátricas, em vez do termo *outra condição médica* do DSM-5. O termo CMG foi escolhido para evitar que qualquer confusão surgisse a partir do fato de que o termo “outra condição médica” poderia ser interpretado como algo que inclui condições psiquiátricas, assim como condições médicas. Um transtorno psiquiátrico é, na verdade, uma “outra condição médica” de acordo com a perspectiva do DSM-5, que considera todos os transtornos psiquiátricos como condições médicas. O termo *outra condição médica* é usado na SCID-5 apenas quando se refere ao nome de um transtorno do DSM-5 (p. ex., Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica) ou quando aparece dentro de um critério diagnóstico do DSM-5 (p. ex., “o episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância [p. ex., uma droga de abuso, um medicamento] ou outra condição médica”). Instruções mais específicas para determinar se uma perturbação é devida a uma CMG, é induzida por substância/medicamento ou é primária são encontradas na Seção 9: “Diferenciando Etiologias Médica Geral e de Substância/Medicamento de Transtornos Primários”.

7.12 Consideração de efeitos do tratamento

Os sintomas devem ser codificados como presentes ou ausentes sem quaisquer suposições sobre o que estaria presente caso o paciente não estivesse recebendo tratamento. Assim, se um indivíduo com Esquizofrenia está tomando 12 mg/dia de risperidona e não está mais delirante ou ouvindo vozes, os sintomas são considerados como atualmente ausentes para os propósitos de se determinar se o diagnóstico de Esquizofrenia é “atual”, mesmo se o clínico acredita que, sem o medicamento, as alucinações provavelmente estariam presentes. De maneira semelhante, se um paciente está tomando um medicamento hipnótico todas as noites e não tem mais problemas para dormir, a insônia deveria ser codificada como atualmente ausente (“-”) na avaliação do Episódio Depressivo Maior Atual.

7.13 Relevância clínica

A maioria dos transtornos da SCID-5 inclui um critério que exige a existência de prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo antes que um diagnóstico do DSM-5 possa ser feito. Observe que há dois componentes, prejuízo e sofrimento, e cada um deles indica relevância clínica. Em geral, é mais direto determinar o que constitui prejuízo clinicamente significativo do que sofrimento clinicamente significativo; portanto, as perguntas da SCID-5 sobre prejuízo vêm primeiro. Assim, o sofrimento precisa ser avaliado apenas naquelas circunstâncias relativamente incomuns, nas quais há sofrimento sem qualquer prejuízo. (Muitas vezes, é conveniente pensar no componente “sofrimento” em termos de quanto o paciente está incomodado pelo fato de ter os sintomas.) A pergunta inicial questiona sobre como os sintomas têm afetado a vida do indivíduo. Geralmente, a resposta para essa pergunta é suficiente para determinar a relevância clínica dos sintomas. Contudo, se o impacto na vida do paciente permanecer obscuro, há uma variedade de perguntas opcionais incluídas para avaliar o impacto dos sintomas no funcionamento profissional e escolar, no funcionamento social, nas atividades de lazer e em outras áreas do funcionamento. O DSM-5 não fornece quaisquer diretrizes com relação a quanto prejuízo é necessário para ser considerado “clinicamente significativo”, deixando o julgamento para o profissional. Certamente, a busca por tratamento é evidência de prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, mas mesmo essa regra de ouro pode não ser útil para determinar se os sintomas comórbidos que são descobertos durante o processo de avaliação devem ser considerados clinicamente significativos.

7.14 Outros Transtornos Especificados e Não Especificados

O DSM-5 substituiu a designação “sem outra especificação” (SOE) do DSM-IV por duas opções para uso clínico: Outro Transtorno Especificado e Transtorno Não Especificado. De acordo com o DSM-5 (p. 15–16)

A categoria outro transtorno especificado foi fornecida para permitir que o clínico comunique o motivo específico pelo qual a apresentação não satisfaz os critérios para nenhuma das categorias dentro da classe de diagnóstico. Isso ocorre ao se registrar o nome da categoria, seguido do motivo específico. Por exemplo, para um indivíduo com sintomas depressivos clinicamente significativos com duração de quatro semanas, mas cuja sintomatologia não se encaixa no limiar diagnóstico para um Episódio Depressivo

maior, o clínico registraria “outro transtorno depressivo especificado, episódio depressivo com sintomas insuficientes”. Caso o clínico opte por não especificar o motivo pelo qual os critérios não são satisfeitos para um transtorno específico, então deve diagnosticar “transtorno depressivo não especificado”.

A SCID-5-CV inclui três categorias de outro especificado/não especificado:

a) Outro Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Especificado ou Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Não Especificado, b) Outro Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Especificado/Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Não Especificado e c) Outro Transtorno Depressivo Especificado/Não Especificado. Como no DSM-5, as categorias de outro especificado/não especificado devem ser diagnosticadas para apresentações nas quais sintomas característicos de um Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico, Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado ou Transtorno Depressivo predominam, mas não satisfazem todos os critérios para quaisquer dos transtornos na classe diagnóstica respectiva.

Observe que, ao longo da entrevista SCID-5-CV, as categorias de Outro Transtorno Especificado e Transtorno Não Especificado do DSM-5 estão combinadas em uma única categoria: Outro Transtorno Especificado. A diferença depende inteiramente de questões de codificação e registro (i.e., “Outro Especificado” é aplicado se o clínico escolhe indicar a razão pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para um transtorno especificado na classe diagnóstica, e “Não Especificado” é aplicado se o profissional escolhe *não* indicar a razão). O clínico irá diferenciar entre as categorias “Outro Especificado” e “Não Especificado” apenas na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, que também inclui o código diagnóstico correspondente para cada diagnóstico. Assim, se o clínico registra a presença de Outro Transtorno Especificado na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, espera-se que ele escreva a razão pela qual os critérios de um transtorno específico não são satisfeitos. A Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico oferece espaço para que a razão seja fornecida.

Conforme observado na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, uma exceção na codificação se aplica a outro Transtorno Bipolar Especificado. As apresentações que satisfazem os critérios para o Transtorno Ciclotímico (que está incluído na SCID-5-RV, mas não na SCID-5-CV) devem receber o código diagnóstico F34.0 para Transtorno Ciclotímico, em vez de F31.89, o código diagnóstico para Outro Transtorno Bipolar Especificado.

7.15 Desvios dos critérios do DSM-5

A coluna central da SCID-5-CV geralmente contém os critérios do DSM-5 reimpressos de modo integral. Há diversas circunstâncias em que os critérios diagnósticos desviam do texto integral do DSM-5. No decurso da revisão da SCID, nós descobrimos diversos erros e ambiguidades aparentes nos critérios do DSM-5, bem como inconsistências entre os critérios do DSM-5 e o texto explicativo que o acompanha. Nessas situações, após consultarmos os membros dos Grupos de Trabalho do DSM-5 a fim de confirmar que esses eram de fato erros e para chegar à melhor solução, fizemos mudanças nos conjuntos de critérios do DSM-5 que refletissem o resultado dessas discussões. Em outros casos, mudanças foram realizadas para aprimorar a entrevista SCID. Por exemplo, os exemplos ilustrativos que acompanhavam os critérios do DSM-IV para dependência de substância e abuso de substância, e que foram

omitidos do DSM-5, foram incluídos na SCID. Uma explicação desses ajustes para a redação dos critérios do DSM-5 e a justificativa para nossas correções estão incluídas nas anotações dos critérios individuais na Seção 10: “Instruções Especiais para Módulos Individuais”.

Sempre que os critérios do DSM-5 na SCID diferirem do que está no DSM-5 oficial, nós anotamos as mudanças colocando o texto entre colchetes:

- Expressões adicionadas aos critérios diagnósticos do DSM-5 estão colocadas entre colchetes (p. ex., rótulo de item F41, Critério J, em Transtorno de Ansiedade Social: “Se outra condição médica (p. ex., doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) [ou transtorno mental potencialmente constrangedor] está presente, o medo, ansiedade ou esquivas é claramente não relacionado ou é excessivo”).
- Palavras que foram omitidas estão indicadas com sinal de reticências entre colchetes (p. ex., rótulo de item D3, Critério B para Transtorno Bipolar Tipo I, em que as palavras “espectro da esquizofrenia e outro não especificado” foram omitidas, conforme a discussão na Seção 7.14, “Outros transtornos especificados e não especificados”: “A ocorrência do(s) episódio(s) maníaco(s) e depressivo(s) maior(es) não é mais bem explicada por Transtorno Esquizoafetivo, Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Outro [...] Transtorno Psicótico Especificado”).

Por razões editoriais, mantivemos a convenção do DSM-IV de usar maiúsculas nos nomes dos transtornos e dos especificadores, de modo a destacar mais esses construtos diagnósticos em relação ao resto de texto. Por razões similares, também decidimos manter o termo do DSM-IV “condição médica geral” (CMG) ao longo das instruções da SCID-5 para fazer referência às condições médicas listadas fora do capítulo dos transtornos mentais da *Classificação internacional de doenças* (CID), em vez de usar o termo do DSM-5 “outra condição médica”. Entretanto, mantivemos o uso de “outra condição médica” (ou “OCM”) quando esse termo aparece dentro de um critério diagnóstico do DSM-5 e quando ele ocorre como parte do nome do transtorno (p. ex., a Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico da SCID-5-CV se refere ao “Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica”).

8. O Que Fazer e Não Fazer na SCID-5-CV

O QUE FAZER	O QUE NÃO FAZER
DÊ ao paciente uma breve explicação do propósito da entrevista antes começar.	NÃO peça desculpas pelas perguntas que está fazendo ou pela extensão da entrevista. A maioria dos pacientes aprecia a minuciosidade da SCID e saúda a oportunidade de descrever seus sintomas em detalhes.
USE a Visão Geral para estabelecer a relação e dar o tom para a entrevista. Esteja presente com o paciente, demonstrando uma postura não julgadora, ao mesmo tempo que mostra profissionalismo e limites adequados.	NÃO deixe que os pacientes desafiadores tomem o controle da entrevista: <ul style="list-style-type: none"> • NÃO deixe os indivíduos serem desnecessariamente tangenciais. Redirecione aqueles que fornecem informações desnecessárias para a conclusão da entrevista diagnóstica. • NÃO seja defensivo com pacientes que são irritados ou hostis. Use declarações reflexivas para demonstrar empatia.
USE a Visão Geral para coletar informações sobre os sintomas e o funcionamento do paciente e para informar sobre as perguntas que você fará nos módulos diagnósticos.	NÃO ignore os relatos de sofrimento do paciente. Demonstre empatia enquanto mantém uma postura objetiva.
OBTENHA uma Visão Geral suficiente da doença atual no começo da entrevista para entender o contexto no qual a condição se desenvolveu.	NÃO faça perguntas detalhadas, na Visão Geral, sobre sintomas específicos que são tratados em seções posteriores da SCID.
USE perguntas abertas para capturar as percepções que o paciente tem do problema nas próprias palavras dele.	NÃO faça perguntas específicas sobre sintomas após uma visão geral superficial de uma doença atual.
ATENHA-SE às perguntas iniciais, conforme estão escritas, exceto por pequenas modificações necessárias para se levar em conta o que o paciente já disse.	NÃO faça perguntas tendenciosas. Mantenha-se aberto para formular hipóteses. Use perguntas fechadas de forma moderada.
FAÇA perguntas adicionais com intuito de esclarecimento para extrair detalhes nas palavras do próprio paciente, como “Você pode me falar sobre isso?” ou “Você quer dizer que...?”.	NÃO invente suas próprias questões iniciais porque você acha que tem um jeito melhor de obter a mesma informação. Sua pequena melhoria pode ter um grande efeito indesejado sobre o significado da questão. Tomou-se muito cuidado na elaboração da redação exata de cada questão, e as perguntas funcionam em quase todos os casos.
	NÃO use a entrevista como uma lista de verificação ou um teste de falso ou verdadeiro.

O QUE FAZER	O QUE NÃO FAZER
<p>PRESTE atenção na consistência dos relatos dos pacientes e no que se sabe sobre os sintomas.</p> <p>DESAFIE sutilmente as discrepâncias.</p> <p>CERTIFIQUE-SE de que você e o paciente estão focando no mesmo (e apropriado) período de tempo em cada pergunta.</p> <p>CONCENTRE-SE na obtenção das informações necessárias para julgar todos os requisitos de um critério que está sendo considerado. Conforme já observado, isso pode exigir perguntas adicionais.</p> <p>DÊ ao paciente o benefício da dúvida sobre qualquer sintoma psicótico questionável, classificando-o como “-”.</p> <p>CERTIFIQUE-SE de que cada sintoma anotado como presente é relevante do ponto de vista do diagnóstico.</p> <p>PRESTE atenção em duplas negativas, especialmente nos critérios de exclusão. Por exemplo, se o paciente nega usar drogas ou medicamentos ou estar doente durante o início de uma perturbação, “SIM”, é verdade que nenhuma condição médica ou uso de substância está causando a perturbação.</p>	<p>NÃO tenha medo de ofender o paciente ao fazer mais perguntas adicionais. De fato, quando você busca esclarecer as respostas, é mais provável que os pacientes sintam que estão sendo ouvidos de verdade.</p> <p>NÃO presuma que os sintomas ocorrem juntos no mesmo momento, a não ser que você tenha esclarecido o período de tempo. Por exemplo, o paciente pode estar falando sobre um sintoma que ocorreu há um ano e outro sintoma que apareceu na semana passada, quando você está se concentrando em sintomas que ocorreram conjuntamente durante um período de duas semanas de possível Episódio Depressivo Maior.</p> <p>NÃO se concentre apenas em obter uma resposta “SIM” ou “NÃO” para a pergunta da SCID.</p> <p>NÃO chame uma crença religiosa subculturalmente aceita ou uma ideia supervalorizada de delírio.</p> <p>NÃO confunda rumações ou obsessões com alucinações auditivas.</p> <p>NÃO presuma que um sintoma é relevante do ponto de vista do diagnóstico apenas porque ele é confirmado. Por exemplo, se um paciente diz que “SIM”, ele teve dificuldades para dormir, mas sempre teve esse tipo de dificuldades, então esse sintoma não deve ser anotado como presente na parte da SCID que trata dos diagnósticos de um Episódio Depressivo Maior, a não ser que a dificuldade no sono tenha sido pior durante o período que está sendo examinado. Isso é particularmente importante quando uma condição episódica (como um Episódio Depressivo Maior) é sobreposta a uma condição crônica (como o Transtorno Depressivo Persistente).</p> <p>NÃO use o código “NÃO” para um critério de exclusão que exija a <u>ausência</u> de fatores etiológicos quando o que você quer indicar é que os fatores etiológicos excluídos <i>não</i> estão presentes (e, assim, o critério deve ser classificado como “SIM”). Por exemplo, se o critério diz “não atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica”, então uma classificação de “NÃO” quer dizer que a perturbação é secundária (i.e., devido a uma CMG ou substância/medicamento), e uma classificação de “SIM” quer dizer que a perturbação é primária – NÃO é devida a uma CMG ou substância/medicamento.</p>

9. Diferenciando Etiologias Médica Geral e de Substância/Medicamento de Transtornos Primários

Esta seção descreve o processo de avaliação do critério de exclusão orgânica que está incluído nos critérios diagnósticos para a maioria dos transtornos avaliados na SCID, em geral, como um dos últimos itens em cada conjunto de critérios diagnósticos. Esse critério comumente ocorre da seguinte forma: “A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p. ex., drogas de abuso, medicamentos) ou outra condição médica”. A primeira consideração ao avaliar esse critério é se, **na época do início ou da piora dos sintomas**, o paciente estava fisicamente doente com uma CMG (tanto grave como crônica), tomando um medicamento ou usando quantidades significativas de álcool ou alguma droga de abuso. Consequentemente, as perguntas da SCID-5-CV que correspondem a esse critério começam conforme a seguir: “Você estava fisicamente doente logo antes de isso ter começado?”, “Você estava tomando medicamentos logo antes de isso ter começado?” e “Você estava bebendo ou usando drogas vendidas nas ruas logo antes de isso ter começado?”. Se não há doença médica, uso de medicamentos ou uso de substância coincidente com o início ou a piora dos sintomas (i.e., as respostas a essas três perguntas é “NÃO”), então, esse critério é automaticamente satisfeito, e o clínico deve classificar o item como “SIM”, indicando que a perturbação é primária. É importante entender que o período de tempo da indagação NÃO é, necessariamente, o período de tempo artificialmente restrito sendo focado na avaliação diagnóstica (p. ex., as piores duas semanas do último mês para um potencial Episódio Depressivo Maior Atual ou a pior semana de um potencial Episódio Maníaco anterior), mas, sim, o ponto no tempo em que os sintomas começaram ou pioraram significativamente. É, portanto, crucial saber nesse ponto da SCID-5-CV quando o período sintomático começou. Por essa razão, as três perguntas referidas são precedidas por uma pergunta como: “SE FOR DESCONHECIDO: Quando esse período de (SINTOMAS) começou?”.

A próxima consideração é se a doença médica, o medicamento ou a droga de abuso tem o potencial de causar os sintomas em questão. Para auxiliar o clínico a fazer essa determinação, uma lista de CMGs etiológicas de sintoma específico e substâncias/medicamentos etiológicos, que na sua maior parte foi adaptada a partir do texto do DSM-5, está incluída no critério.*

As duas seções a seguir discutem as questões que precisam ser consideradas ao se determinar se os sintomas psiquiátricos são causados pelos efeitos diretos da CMG ou do uso de substância/medicamento no sistema nervoso central. Se o clínico conclui que os sintomas são de fato causados por uma CMG ou por substância/medicamento, o diagnóstico adequado (i.e., Transtorno Mental Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Mental Induzido por Substância/Medicamento apropriado) é indicado na seção da Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico da SCID-5-CV. Por exemplo, considere a avaliação de um paciente com ataques de pânico recorrentes e inesperados. O Critério C para Transtorno de Pânico (rótulo de item F20) pede que o clínico considere se os ataques de pânico são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou CMG. Se o paciente reconhecesse que bebe cinco xícaras de café por dia, o clínico deveria considerar a possibilidade de que os

* O texto do DSM-5 para Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados não fornecia uma lista assim, e nós gostaríamos de agradecer a Ariel Gildengers, M.D., e Antoine Doualhy, M.D., do University of Pittsburgh Medical Center, por seu auxílio com essa lista.

ataques estão etiológicamente relacionados à ingestão pesada de cafeína e indagar sobre a relação temporal entre tal ingestão e os ataques. Se o clínico viesse a descobrir que os ataques de pânico ocorrem apenas durante períodos de consumo pesado de cafeína, então classificaria como “NÃO” esse critério (i.e., NÃO é verdade que os sintomas NÃO são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância), faria um diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Induzido por Cafeína e, então, pularia para F23 (Agorafobia), conforme instruído. Em seguida, ao concluir a entrevista, o clínico indicaria a presença de Transtorno de Ansiedade Induzido por Cafeína selecionando a caixa “Ao longo da vida”, que precede o Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento, e escreveria a substância (i.e., cafeína) e o código diagnóstico da CID-10-MC (F15.980).

9.1 Diretrizes para determinar se os sintomas são devidos a uma condição médica geral

Esta seção oferece diretrizes para ajudar o clínico a avaliar o componente “devido a uma condição médica geral” do critério de exclusão orgânica, que é baseado nos critérios diagnósticos do DSM-5 para Transtornos Mentais Devidos a Outra Condição Médica. Uma vez que a presença de uma CMG com potencial de causar os sintomas psiquiátricos é estabelecida, o próximo passo é determinar se há uma relação temporal próxima entre o curso dos sintomas psiquiátricos e o curso da CMG. Por exemplo, os sintomas psiquiátricos começam após o início da CMG, melhoram ou pioram com as oscilações da condição e entram em remissão quando esta é atenuada?

Observe que demonstrar uma relação temporal próxima não implica necessariamente que a causalidade está em um nível fisiológico, o que é uma característica essencial de um Transtorno Mental Devido a Outra Condição Médica. Uma reação psicológica à condição médica, como seria o caso do diagnóstico de um Transtorno de Adaptação, provavelmente seria caracterizada, também, por uma relação temporal próxima. Por exemplo, uma depressão que ocorre imediatamente após um acidente vascular cerebral paralisante poderia refletir o dano a estruturas cerebrais subjacentes responsáveis pela regulação do humor (causalidade em um nível fisiológico) ou talvez fosse uma reação psicológica à perda devastadora da capacidade de movimentar parte do corpo (causalidade em um nível psicológico). Além disso, a falta de uma relação temporal não necessariamente elimina a causalidade. Em alguns exemplos, os sintomas psiquiátricos podem ser o primeiro prenúncio de uma CMG e preceder em meses ou anos quaisquer manifestações físicas (p. ex., hipotireoidismo, baixa testosterona, tumor cerebral). Em contrapartida, os sintomas psiquiátricos podem ser uma manifestação relativamente tardia, ocorrendo meses ou anos após o início de uma CMG (p. ex., depressão na doença de Parkinson).

Outro fator que pode sugerir uma relação etiológica entre a CMG e os sintomas psiquiátricos está, atipicamente, na apresentação do sintoma. Por exemplo, a perda de peso grave face a uma depressão relativamente leve, ou o início de mania em um paciente idoso, são apresentações incomuns e devem alertar o clínico para a possibilidade de que uma CMG comórbida seja a causa. Deve-se reconhecer, contudo, que a atipicidade não é necessariamente uma evidência convincente, pois, por sua

própria natureza, as apresentações psiquiátricas são bastante heterogêneas dentro de um diagnóstico particular.

Por fim, é importante que o clínico considere se um Transtorno Mental Primário ou Induzido por Substância/Medicamento explica melhor os sintomas. Os sintomas psiquiátricos são mais bem explicados como uma reação psicológica ao estressor de se ter a CMG (em cujo caso o diagnóstico do Transtorno de Adaptação seria mais adequado)? O paciente teve episódios anteriores do mesmo tipo de sintomas psiquiátricos que não eram decorrentes de uma CMG (p. ex., episódios depressivos anteriores recorrentes)? A pessoa está abusando de uma substância ou tomando medicamentos que são conhecidos por causar os sintomas psiquiátricos? O paciente tem uma história familiar forte para o transtorno em questão?

Observe que os diagnósticos que são “...devidos a outra condição médica” são relativamente raros. Muito mais comuns são as situações em que os sintomas psiquiátricos são comórbidos com uma CMG (p. ex., depressão e doença cardíaca). Portanto, quando estiver em dúvida, a posição-padrão do clínico deve ser presumir que a CMG NÃO é etiológica (i.e., o transtorno psiquiátrico é primário).

9.2 Avaliando Transtornos Mentais Induzidos por Substância/Medicamento

Esta seção oferece diretrizes para ajudar o clínico a avaliar o componente “devido aos efeitos fisiológicos de uma substância” do critério de eliminação orgânica. No DSM-5, o termo “uso de substância/medicamento” inclui o uso de drogas ilícitas e de medicamento prescrito ou vendido sem prescrição médica. Quando uso de substância/medicamento e sintomas psiquiátricos ocorrem, há três possibilidades quanto à natureza da relação entre eles:

1. Os sintomas psiquiátricos podem ser uma consequência fisiológica direta do uso de substância/medicamento (p. ex., Transtorno Depressivo Induzido por Cocaína, com início durante a abstinência).
2. O uso de substância/medicamento pode ser uma manifestação do transtorno psiquiátrico (p. ex., uso de cocaína para automedicar um Transtorno Depressivo subjacente).
3. Os sintomas psiquiátricos e o uso de substância/medicamento podem ser coincidentes.

O diagnóstico de um Transtorno Mental Induzido por Substância/Medicamento é feito nos casos em que o primeiro tipo de conexão causal se aplica. Do contrário, é feito o diagnóstico de um Transtorno Psiquiátrico Primário.

Para fazer o diagnóstico de Transtorno Mental Induzido por Substância/Medicamento, primeiro é preciso estabelecer que há uma relação temporal entre o uso de substância/medicamento e o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, bem como que o uso de substância/medicamento, na dose e na duração usadas pelo paciente, é suficiente para causar, de modo credível, os sintomas psiquiátricos. Além disso, o clínico também precisa levar em consideração outras explicações para os sintomas não relacionados à substância antes de concluir que eles são induzidos pela substância (p. ex., que os sintomas representam uma recorrência de um transtorno mental de longa data).

As três diretrizes a seguir para determinar se há evidências de que os sintomas NÃO são induzidos por substância/medicamento são baseadas nos Critérios B e C em “Transtornos Mentais Induzidos por Substância/Medicamento” no DSM-5 (p. 488). Se qualquer uma das três for verdadeira, então pode-se concluir com razoabilidade que os sintomas NÃO se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou medicamento, e, assim, os sintomas seriam considerados “primários”.

1. **Há evidências de que os sintomas psiquiátricos precederam o início do uso de substância/medicamento?** Uma história definitiva de ocorrência dos sintomas psiquiátricos antes do curso do uso de substância/medicamento sugere o segundo dos três cenários causais (i.e., automedicação) e dá respaldo veemente à hipótese de que os sintomas não podem ser explicados por uso de substância/medicamento.
2. **Os sintomas psiquiátricos persistem, mesmo após um período substancial de abstinência (p. ex., cerca de um mês)?** Se os sintomas foram causados pelo uso de substância/medicamento, então, seria de se esperar que entrassem em remissão após a regressão dos efeitos agudos da intoxicação e da abstinência. Se os sintomas continuam persistindo muito tempo depois de encerrado o uso de substância/medicamento, isso sugere que eles representam um transtorno mental primário (ou, talvez, um Transtorno Mental Devido a Outra Condição Médica). Embora o DSM-5 sugira que é suficiente esperar um mês após o uso de substância/medicamento terminar, esse período de espera de um mês deve ser considerado apenas como uma diretriz aproximada. A quantidade de tempo de abstinência que seria exigida antes da conclusão de que os sintomas psiquiátricos são primários depende de muitos fatores, incluindo a(o) substância/medicamento usada(o), sua dosagem e sua meia-vida.
3. **Há alguma outra evidência que dê mais respaldo a um transtorno psiquiátrico primário ou a um transtorno devido a uma CMG que explique os sintomas psiquiátricos?** O clínico deve levar em consideração fatores como uma forte história familiar em relação ao transtorno psiquiátrico primário, episódios anteriores desses sintomas psiquiátricos que não estavam relacionados ao uso de substância/medicamento e evidências de uma CMG etiológica.

10. Instruções Especiais para Módulos Individuais

As próximas seções do Guia do Usuário fornecem instruções específicas para um dos módulos individuais da SCID. Recomenda-se que você consulte a SCID-5-CV como referência enquanto estiver revisando estas seções.

10.1 Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico da SCID-5-CV

A Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico da SCID-5-CV fornece um resumo dos diagnósticos do DSM-5 (com seus códigos diagnósticos) que foram determinados como atualmente presentes ou como presentes no passado. A referência do rótulo de item e da página listada após cada diagnóstico indica em que ponto da SCID-5-CV o diagnóstico foi feito e a localização que o clínico deve consultar para

determinar se o diagnóstico é atual ou não. Por exemplo, o rótulo de item C25 e o número da página 203 seguem o diagnóstico de Esquizofrenia na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico. Na página 203, o primeiro item (rotulado de C25) é o local onde o diagnóstico de Esquizofrenia foi feito. Se o item C25 foi classificado como “Atual”, o clínico deve marcar a caixa sob a coluna “Atual” em frente ao diagnóstico de Esquizofrenia na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico. Se não foi classificado como atual, mas, em vez disso, tiver sido diagnosticado como “História médica anterior”, o clínico deve marcar a caixa na coluna “História anterior” da Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico. Muitos diagnósticos da SCID-5-CV são avaliados apenas para o período de tempo atual. Nesses casos, há apenas uma caixa em frente ao diagnóstico; deve-se marcar se o diagnóstico está presente atualmente.

Os Transtornos Mentais Devidos a Outra Condição Médica e os Transtornos Mentais Induzidos por Substância/Medicamento, que podem ser diagnosticados no curso da eliminação de uma CMG ou substância/medicamento como a etiologia de uma perturbação, só podem ser “Ao longo da vida” na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico. Esses transtornos têm múltiplas páginas de referências (com rótulos de item correspondentes) que sucedem o diagnóstico da Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico (p. ex., Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Devido a outra Condição Médica: p. 178/A40, p. 181/A53, p. 184/A65, p. 187/A77, p. 206/D10) porque são diagnosticados em diversas localizações da SCID-5-CV (p. ex., no contexto da avaliação desses critérios dentro de Episódio Maníaco Atual, Episódio Hipomaníaco Atual, Episódio Maníaco Anterior e Episódio Hipomaníaco Anterior, além de outro Transtorno Bipolar Especificado que elimine uma CMG ou uma etiologia do tipo induzido por substância/medicamento).

10.2 Visão geral

A seção de Visão Geral, a título de introdução, é a base da SCID-5-CV e tem diversas funções importantes:

1. Estabelecer a relação entre o clínico e o paciente antes de examinar a sua psicopatologia.
2. Permitir que o paciente descreva sua psicopatologia com as suas próprias palavras.
3. Fornecer uma base contextual para o desenvolvimento de sintomas.
4. Determinar o funcionamento atual do paciente, que pode ser útil para a determinação da relevância clínica dos sintomas atuais.
5. Explorar o funcionamento passado do paciente, que pode ser útil para a determinação do período de início dos transtornos, a presença das condições psiquiátricas não diagnosticadas e as possíveis condições médicas comórbidas, bem como o uso de substância/medicamento, alguns dos quais podem ter um papel na etiologia da psicopatologia atual ou anterior.
6. Determinar ideação suicida e tentativas de suicídio, atuais e prévias.
7. Revelar a presença de um sistema de crenças delirantes, atual ou prévio, em um paciente que não tem *insight* de sua psicose.

Às vezes, a única indicação da presença de delírios é o relato do paciente, durante a Visão Geral, de comportamento ou de pensamento que seja incomum ou atípico e que não faça sentido imediato ao clínico, como, por exemplo, um indivíduo com delírio persecutório que relata ter entrado com diversos processos na justiça contra o Serviço Postal dos Estados Unidos por violação de correspondência.

Dado que as perguntas incluídas na Visão Geral tratam, potencialmente, de toda a história de vida do paciente, o desafio é obter informações suficientes para compreender o “cenário” da história de vida do paciente (i.e., a sequência aproximada de eventos psiquiátricos) sem se prender muito aos detalhes. Além disso, o clínico não deve entrar em detalhes sobre os sintomas do paciente durante a Visão Geral, porque estes serão extensivamente tratados dentro dos módulos individuais da SCID; os sintomas psicóticos são a única exceção, pois devem ser explorados em detalhe no momento em que surgirem durante a Visão Geral. Por exemplo, se o paciente declara que veio para o tratamento porque estava ouvindo vozes, o clínico deve perguntar imediatamente sobre os detalhes específicos em relação às vozes (p. ex., “Quantas vozes? O que elas estavam dizendo a você?”) e NÃO esperar até a avaliação dos sintomas psicóticos do Módulo B para indagar sobre tais particularidades.

A Visão Geral dura em torno de 15 a 30 minutos, embora pacientes com histórias particularmente complexas ou dificuldades para relatá-las possam demorar muito mais. Os clínicos que estiverem realizando a Visão Geral devem estar cientes dos erros comuns que podem ser cometidos de duas maneiras: 1) não fazerem perguntas adicionais importantes em resposta a informações fornecidas pelo paciente (p. ex., não indagar sobre os detalhes e o contexto de uma hospitalização anterior por conta de uma tentativa de suicídio) ou 2) entrar em minúcias excessivas sobre informações que podem ser relevantes para o planejamento do tratamento, mas que não são relevantes para a realização de um diagnóstico da SCID (p. ex., obter os nomes e as dosagens exatas de cada medicamento que o paciente tomou durante a vida).

A Visão Geral consiste, quase inteiramente, de perguntas abertas que refletem uma entrevista clínica geral. Assim, diferentemente de outras seções da SCID, em que se espera que o clínico adira rigorosamente à redação das perguntas e à sua sequência, o clínico tem muito mais flexibilidade para realizar mudanças na sequência e na redação das perguntas caso isso faça sentido em termos clínicos, contanto que, no fim, todas as informações tratadas na Visão Geral sejam coletadas. Por exemplo, se, no início da entrevista, em resposta à pergunta “com quem você vive?”, o paciente explicar que começou a morar em uma casa de passagem/vila terapêutica após sua recente hospitalização por causa de alucinações que lhe ordenavam incendiar a casa de seus pais, faria sentido indagar imediatamente sobre as circunstâncias da recente hospitalização, bem como obter mais detalhes sobre os sintomas psicóticos recentes, em vez de apenas continuar com a próxima pergunta da Visão Geral (“Que tipo de trabalho você faz?”).

As perguntas iniciais servem, em sua maioria, para estabelecer uma relação, bem como para fornecer algumas informações contextuais que possam ser uma pista para uma possível psicopatologia (p. ex., o fato de que a pessoa está vivendo em uma casa de passagem/vila terapêutica sugere história atual ou anterior de uma condição psiquiátrica relativamente grave). As perguntas sobre a história profissional são, com frequência, úteis para a detecção de uma história de psicopatologia atual ou anterior. Por exemplo, história de escolarização interrompida, história profissional problemática, afastamento por incapacidade, e assim por diante, são pistas

em potencial da psicopatologia e exigem perguntas adicionais criteriosas para que as razões desses problemas sejam determinadas.

As próximas seções focam na presença de psicopatologia atual, história de tratamento e história médica. O clínico não pode deixar de perguntar ao paciente sobre quaisquer medicamentos que foram prescritos e que não pareçam ser adequados para a condição descrita. Isso muitas vezes dá uma pista de problemas que o paciente não mencionou. Por exemplo, um paciente que descreve apenas depressão crônica, mas que foi tratado com lítio no passado, pode descrever um possível Episódio Maníaco quando lhe é perguntado por que o lítio foi prescrito. É claro, nem um medicamento prescrito, nem um diagnóstico anterior devem ser usados para justificar a realização de um diagnóstico da SCID-5-CV sem a documentação de que o transtorno de fato satisfaz os critérios. Quando perguntar sobre uma história de tratamento passado e ficar claro que o paciente teve uma história particularmente complicada, pode ser útil recorrer ao tópico História de Tratamento, localizado ao longo da primeira página da Visão Geral (continuando na página 168). Esse tópico fornece um quadro para o registro de história de tratamento anterior de forma cronológica.

Quando a SCID-5-CV é usada para entrevistar pacientes com sintomas psicóticos que têm *insight* limitado em relação à sua doença, muitas vezes é necessário recorrer a informações complementares para obter respostas na Visão Geral. Por exemplo, se um paciente não tem uma queixa maior e nega ter qualquer ideia do porquê foi trazido para uma unidade psiquiátrica, o clínico pode dizer o seguinte: “O seu relatório de admissão nesta clínica diz que você tentou queimar suas roupas na banheira, e sua mãe chamou a polícia. Qual foi a razão de tudo isso?”. Em muitos casos em que o paciente se encontra em estado psicótico, a maior parte das informações talvez tenha que ser obtida a partir do prontuário ou de outros informantes.

A próxima seção da Visão Geral avalia a ideação e o comportamento suicida, tanto ao longo da vida quanto na semana anterior. Nas edições anteriores da SCID, a suicidalidade foi avaliada apenas no contexto da avaliação do Critério A9 em Episódio Depressivo Maior Atual ou Anterior. Visto que a ideação e o comportamento suicida podem ser associados a uma ampla variedade de transtornos além do Transtorno Depressivo Maior, foram adicionadas perguntas à Visão Geral para avaliar a suicidalidade tanto por razões diagnósticas (p. ex., para identificar períodos anteriores de psicopatologia particularmente graves) quanto para o propósito de avaliar a segurança atual do paciente.

A Visão Geral foca, então, no período de tempo atual (“Outros problemas atuais”) e indaga sobre os estressores em potencial, o humor atual e o uso atual de álcool e drogas.

10.3 Módulo A. Avaliação de Episódios de Humor e Transtorno Depressivo Persistente

O Módulo A avalia Episódios Depressivos Maiores, Maníacos e Hipomaníacos, além do Transtorno Depressivo Persistente. De fato, os diagnósticos de Transtorno Bipolar Tipo I, Transtorno Bipolar Tipo II e Transtorno Depressivo Maior são feitos no Módulo D utilizando-se informações coletadas no Módulo A, assim como os resultados da avaliação dos sintomas psicóticos e dos transtornos psicóticos nos Módulos B e C, respectivamente.

10.3.1 Classificações para Episódio Depressivo Maior Atual (A1–A14)

Critério A. Estabelecendo a duração mínima de duas semanas. Quando o clínico começa a perguntar sobre um possível Episódio Depressivo Maior (EDM), a primeira tarefa é determinar se houve um período de duas semanas de humor deprimido e/ou interesse ou prazer diminuído no último mês. Se há alguma dúvida sobre se a duração do humor deprimido foi realmente de duas semanas, o clínico deve indagar sobre os sintomas específicos de qualquer maneira, pois acontece com frequência de um paciente que minimiza um problema quando questionado pela primeira vez se lembrar, depois de refletir mais a fundo, de que na verdade teve os sintomas por duas semanas inteiras.

Estabelecendo concomitância de sintomas durante o mesmo período de duas semanas. Assim que foi determinado que o humor deprimido ou o interesse ou prazer diminuído persistiu pela maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas, a próxima tarefa é determinar se pelo menos quatro sintomas adicionais ocorreram quase todos os dias durante o mesmo período de duas semanas. Isso é feito estabelecendo-se primeiramente com o paciente um período “alvo” de duas semanas dentro do último mês e, a seguir, garantindo que o indivíduo esteja ciente de que as próximas perguntas se referem apenas a esse período de duas semanas, relembrando periodicamente o paciente do prazo ao fazer as perguntas (p. ex., “como você dormiu durante as primeiras duas semanas do último mês?”). Qualquer período de duas semanas no último mês pode servir como alvo – em geral, recomenda-se que o clínico foque nas duas piores semanas do último mês segundo a percepção do paciente. Se o indivíduo relata que o humor deprimido foi praticamente o mesmo durante o mês inteiro, o profissional deve focar nas duas semanas mais recentes. Observe que, se o pior período do episódio atual foi, na verdade, antes do último mês (i. e., o humor deprimido remitiu parcialmente no último mês), o clínico deve focar ainda no período das últimas quatro semanas para determinar se os critérios foram satisfeitos para um EDM Atual. Se os critérios acabarem não sendo satisfeitos, o profissional deve continuar com a avaliação de um EDM Anterior, usando como ponto focal o pior período que ocorreu antes do último mês.

Classificações para os itens compostos. Vários dos critérios do EDM contêm diversos subcomponentes (i.e., Critérios A3, A4, A5, A7, A8 e A9), alguns dos quais são polos opostos (p. ex., insônia e hipersonia, agitação psicomotora e retardo psicomotor). Uma classificação de “+” para tais itens reflete a presença de qualquer um dos subcomponentes (p. ex., insônia OU hipersonia quase todos os dias durante o período de duas semanas).

A seguir, alguns erros comuns cometidos durante a avaliação dos EDMs:

- Um dos erros mais comuns cometidos na avaliação de um EDM é a falha do clínico em assegurar que cada sintoma tenha estado presente quase todos os dias durante o período de tempo de duas semanas estabelecido no início da indagação. Portanto, nós recomendamos, fortemente, que o clínico pergunte especificamente: “Isso foi verdade para quase todos os dias durante esse período?” após cada sintoma. Mesmo que a entrevista fique repetitiva e entediante, não há outra maneira de assegurar que essa exigência com relação à persistência seja satisfeita para cada item, conforme é exigido pelo conjunto de critérios para EDM. A fim de enfatizar esse ponto, a expressão “quase to-

dos os dias” está sublinhada para não ser esquecida. Não se deve presumir que, só porque os primeiros sintomas estiveram presentes quase todos os dias durante o intervalo de uma quinzena, cada um dos sintomas restantes também persistiu por duas semanas – potencialmente, cada sintoma pode ter seu próprio curso independente (p. ex., mudanças de sono e apetite podem estar presentes quase todos os dias pelo período de duas semanas em questão, mas a fadiga e a dificuldade para se concentrar podem estar presentes por apenas uma minoria dos dias). Repare que o Critério A9 (pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida ou uma tentativa de suicídio ou plano específico) é o único critério que *não* precisa estar presente quase todos os dias – a ideação suicida recorrente ou uma única tentativa de suicídio garante uma classificação de “+”.

- Um segundo erro comum é negligenciar o estabelecimento de um período claro de duas semanas como referência para todo o Critério A. Como foi observado no início do Critério A, muito embora o período inicial para a investigação do EDM Atual seja “no último mês”, a exigência é, na verdade, de que cinco (ou mais) sintomas tenham estado presentes durante o mesmo período de uma quinzena. Negligenciar a restrição das perguntas a um período de duas semanas fará o paciente presumir que a duração mínima exigida para cada item é de um mês, em vez de apenas uma quinzena. Mesmo quando o clínico afirma claramente que o foco está apenas sobre um intervalo de duas semanas em particular, é aconselhável lembrar o paciente do período de tempo relevante ao menos uma ou duas vezes durante o curso da avaliação dos nove itens do EDM do Critério A.
- Uma terceira questão que pode levar a erros de classificação diz respeito à contabilização de sintomas que ocorrem no contexto de uma CMG comórbida. As CMGs podem se manifestar com os mesmos tipos de sintomas que caracterizam um Episódio Depressivo (p. ex., perda de peso, insônia, fadiga). Sob quais circunstâncias eles deveriam ser atribuídos à depressão ou à CMG? A regra do DSM-5 é considerar tais sintomas como parte do EDM A MENOS QUE eles sejam claramente atribuíveis à CMG. Por exemplo, a insônia que é inteiramente explicada por frequentes acessos de tosse noturnos em uma pessoa com bronquite não deve contar para o Critério A4.
- A última questão é considerar ou não os sintomas que estavam presentes antes do início do episódio como parte do EDM (p. ex., insônia crônica). A parte inicial do Critério A exige que cada sintoma “represente uma mudança do funcionamento anterior”. Assim, sintomas crônicos devem contar para um diagnóstico de EDM apenas se eles se tornaram sensivelmente piores durante o Episódio Depressivo. Por exemplo, se um paciente que normalmente levava 30 minutos para dormir percebe que passou a levar duas horas desde que o episódio começou, faria sentido classificar o Critério A4 como presente.

Critério A1 – Humor deprimido. O humor deprimido pode ser reconhecido diretamente (p. ex., “Eu tenho me sentido deprimido” ou “Não consigo parar de chorar”); por um de seus muitos sintomas (triste, melancólico, choroso, vazio, “na fossa”); ou, em um novo acréscimo ao DSM-5, como sentimentos de desesperança. Alternativamente, este critério pode ser classificado como presente se o paciente relatar que outras pessoas comentaram que ele tem parecido deprimido ou abatido. O humor deprimido em um EDM pode ser distinguido da depressão “comum” (i.e., não pa-

tológica) em virtude de sua persistência e gravidade. A fim de contabilizar para este critério, o humor deprimido do paciente deve ter estado presente pela maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas. Observe que o critério pode ser classificado como “+” com base em informações observacionais, mesmo se isso for contrário ao relato do indivíduo (p. ex., um estoico / inabalável paciente idoso nega estar deprimido, enquanto a equipe relata que ele tem chorado continuamente).

Critério A2 – Interesse ou prazer diminuído. Embora o sintoma fundamental de um EDM seja humor deprimido, ele às vezes pode ser diagnosticado sem que haja um sentimento subjetivo de depressão. Alguns pacientes, particularmente aqueles com apresentações graves, perderam a capacidade de sentir tristeza. Outros podem ter um estilo cognitivo ou vir de um contexto cultural em que os sentimentos de tristeza são minimizados. Para esses pacientes, a perda de interesse ou prazer conta como um “equivalente depressivo” e pode substituir o humor deprimido ao se definir o intervalo de duas semanas que se aplica aos Critérios A3–A9. Dada a dupla funcionalidade do Critério A2 (i.e., como um equivalente depressivo e como um dos nove sintomas que formam um EDM), duas redações diferentes (vinculadas por setas unidas em um colchete) são fornecidas para a pergunta, dependendo de qual é a função correspondente. Se o clínico já estabeleceu a presença de humor deprimido com duração de pelo menos duas semanas (i.e., o Critério A1 recebe o código “+”), então a primeira versão da pergunta é feita para determinar se houve também interesse ou prazer diminuído durante o período de humor deprimido anteriormente identificado. Se, entretanto, nenhum período de duas semanas de humor deprimido tiver sido estabelecido, então a segunda pergunta é feita para estabelecer se houve um período de duas semanas de interesse ou prazer diminuído que tenha durado a maior parte do dia, quase todos os dias. A evidência desse sintoma pode ser a de que o paciente relata uma diminuição de prazer marcante e geral (p. ex., “Nada mais me deixa feliz”) ou pode ser dada por exemplos específicos, como não ler mais livros, assistir à TV, ir ao cinema, socializar com os amigos ou a família ou fazer sexo. Ao avaliar este item, observe que a perda completa do interesse ou da capacidade de sentir prazer não é necessariamente exigida para uma classificação de “+”; a evidência de uma redução significativa na capacidade de sentir prazer será suficiente.

Critério A3 – Mudança no apetite/peso. Este item é classificado como “+” se houve uma mudança significativa no apetite, tanto aumento quanto diminuição, OU uma mudança significativa no peso durante o período “alvo” de duas semanas. Dado que é relativamente incomum que uma perda significativa de peso tenha ocorrido inteiramente em um intervalo de tempo de duas semanas, a SCID-5-CV pergunta primeiro sobre mudanças no apetite. O clínico precisa apenas perguntar sobre mudança de peso se não houve mudança significativa no apetite. Esteja ciente, entretanto, de que mudanças significativas no peso sem mudanças de apetite correspondentes sugerem a possibilidade de que uma CMG possa ser responsável pela mudança no peso. Observe que a primeira parte deste item foca no apetite, e não na quantidade de comida consumida; assim, uma classificação de “+” deve ser feita apenas se o paciente reconhece uma mudança significativa em seu apetite.

Critério A4 – Perturbação do sono. A *insônia* pode se manifestar de muitas maneiras diferentes, e qualquer uma delas pode ser contabilizada para este item. Elas incluem dificuldade para adormecer, despertar diversas vezes no meio da noite ou acordar

muito mais cedo do que a pessoa está acostumada, com uma incapacidade de voltar a dormir. A *hipersonia* é dormir muito mais do que a pessoa está acostumada. Para estabelecer que o padrão de sono representa uma mudança para o paciente, é importante determinar o padrão de sono típico do indivíduo antes do início do episódio de humor deprimido ou interesse ou prazer diminuído. Repare que é difícil e potencialmente não muito significativo estabelecer uma definição absoluta do número de horas de sono que constitui insônia ou hipersonia, por causa da ampla variabilidade de necessidade de sono dos indivíduos. Contudo, via de regra, dormir diariamente duas horas a mais ou a menos do que é típico constituiria hipersonia ou insônia. Repare que a hipersonia não deve ser codificada para uma pessoa que fica na cama a maior parte do dia, mas sem dormir.

Critério A5 – Mudanças na atividade psicomotora. A *agitação* e o *retardo psicomotor* se referem a mudanças na atividade motora e no ritmo do pensamento. Embora muitos pacientes deprimidos descrevam um sentimento subjetivo de inquietação ou maior lentidão, o Critério A5 não deve ser contabilizado, a não ser que os sintomas estejam visivelmente aparentes para um observador externo (p. ex., o paciente parece se mover em câmera lenta, fica andando de um lado para o outro ou é incapaz de ficar sentado). Se o sintoma não está presente atualmente e não é observável pelo clínico, deve haver uma descrição comportamental convincente de agitação ou retardo anterior que foi suficientemente grave para ser observada por outras pessoas. Certifique-se de distinguir as sensações de estar mais lento no retardo psicomotor (p. ex., “Eu sinto como se estivesse atravessando um tanque de melão”) das sensações de não ter motivação para fazer nada (codificadas no Critério A2) e das sensações de não ter energia (codificadas no Critério A6).

Critério A6 – Fadiga ou perda de energia. Os pacientes com este sintoma podem relatar que se sentem cansados o tempo todo, “funcionam em baixa voltagem”, sentem-se “fracos” o tempo todo ou se sentem totalmente esgotados após atividade física mínima. Quando um paciente reclama de que não sente vontade de fazer nada, o clínico deve diferenciar entre falta de energia (Critério A6) e perda de interesse ou motivação (codificada no Critério A2), que também pode estar presente.

Critério A7 – Inutilidade/culpa. Tenha cuidado ao classificar este item, pois os pacientes que estão deprimidos, mas que não têm a síndrome completa de sintomas do EDM, frequentemente reconhecem que se sentem mal consigo mesmos ou se sentem culpados. O item de fato requer uma perturbação mais grave na percepção de si próprio – sentimentos de inutilidade OU culpa excessiva ou inadequada. Apesar de os pacientes muitas vezes relatarem sentir culpa em relação ao impacto negativo que seus problemas exercem sobre os demais (“Eu me sinto tão culpado por ser um fardo tão pesado”), esses sentimentos não são considerados como exemplos de “culpa excessiva ou inadequada”, conforme exigido pelo critério. Uma verdadeira resposta positiva requer evidências de culpa exagerada e inadequada (p. ex., “Sinto como se tivesse arruinado a minha família para sempre”) que vão além da autorrecriação por estar doente.

Critério A8 – Perturbação cognitiva. O prejuízo cognitivo na depressão às vezes é grave o bastante para se parecer com demência. Com prejuízo menos grave, mas ainda assim significativo, um paciente pode ser incapaz de se concentrar em qualquer atividade (p. ex., assistir à TV, ler um jornal) devido a uma incapacidade de

filtrar pensamentos inquietantes. Os clínicos devem observar que o prejuízo causado por esse sintoma pode variar, dependendo da base de referência do paciente. Por exemplo, um matemático teórico ainda pode ser capaz de assistir à TV, mas não ser mais capaz de se concentrar em demonstrações matemáticas – nesse exemplo, uma classificação de “+” se justificaria. Observe que a segunda metade deste item toca em um tipo diferente de prejuízo (i.e., indecisão). Um paciente com esse sintoma pode relatar estar se sentindo paralisado até por decisões simples, como a roupa que irá vestir no dia ou o que comer no almoço.

Critério A9 – Pensamentos suicidas. Este é o único sintoma que não precisa estar presente quase todos os dias por pelo menos duas semanas para justificar a classificação de “+”. Quaisquer pensamentos ou comportamentos suicidas ativos e recorrentes (i.e., pensamentos suicidas que incluam um plano, intenção e meios de executar o plano) ou qualquer tentativa de suicídio são suficientes para uma classificação de “+”. Ter pensamentos frequentes de ideação suicida passiva também justificaria uma classificação como “+”, por exemplo: “Seria melhor se eu estivesse morto” ou “Minha família estaria melhor se eu estivesse morto”. Se há pensamentos suicidas atuais, é imperativo que o clínico determine a natureza da ideação (pensamentos suicidas ativos ou passivos) e tome a atitude adequada. O comportamento de automutilação (p. ex., cortar, queimar) pode ser uma expressão de raiva ou frustração, ou tem o objetivo de controlar emoções fortes. O comportamento de autolesão sem intenção suicida recebe o código “-”.

Critério B – Relevância clínica. O DSM-5 incluiu este critério de “relevância clínica” junto com a maior parte dos transtornos para enfatizar a exigência de que um padrão de sintomas deve levar ao prejuízo ou ao sofrimento antes de ser considerado diagnosticável como um transtorno mental. Na maioria das circunstâncias, o fato de que os sintomas tiveram impacto significativo na vida do paciente já será conhecido para o clínico durante o curso da obtenção de informações descritivas, as quais darão suporte às classificações dos itens que compõem a síndrome depressiva. Contudo, se o impacto dos sintomas no funcionamento do paciente não for claro, são fornecidas perguntas adicionais para ajudar a determinar o impacto dos sintomas sobre o funcionamento acadêmico, ocupacional e social do indivíduo.

Critério C – Não é decorrente de uma CMG e NÃO é induzido por substância/medicamento. Este critério instrui o clínico a considerar e eliminar uma CMG ou substância/medicamento como um fator etiológico. Veja neste Guia do Usuário a Seção 9, “Diferenciando Etiologias Médica Geral e de Substância/Medicamento de Transtornos Primários”, para uma discussão sobre como classificar este critério. Se o clínico decide que o diagnóstico é Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento, esse diagnóstico deve ser registrado na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, sob a rubrica Transtornos Depressivos.

Número de episódios. Após fazer uma classificação de “+”, indicando que os critérios são satisfeitos para um EDM Atual, o clínico é instruído a fazer uma estimativa aproximada do número total de episódios, que é usada para posteriormente determinar se o Transtorno Depressivo Maior é um Episódio Único ou Recorrente. Isso implica pedir ao paciente que relate em quantos períodos separados ele teve um EDM – o que não significa que o clínico deve indagar sobre cada sintoma para cada episódio.

Observe que, de acordo com a definição do DSM-5 de “episódios recorrentes” de Transtorno Depressivo Maior, os episódios são considerados como separados se há um intervalo de pelo menos dois meses consecutivos em que os critérios para um EDM não forem preenchidos. Assim, um período livre de sintomas entre episódios não é exigido.

10.3.2 Classificações para Episódio Depressivo Maior Anterior (A15–A28)

Se os sintomas não satisfazem os critérios para um episódio atual, o clínico precisa, então, indagar detalhadamente sobre os períodos anteriores de humor deprimido ou interesse ou prazer diminuído. Por causa da dificuldade que alguns pacientes podem ter para lembrar da presença e da relação temporal de sintomas específicos que ocorreram anos atrás, é essencial para o clínico selecionar um intervalo específico de duas semanas, durante o período depressivo anterior, a fim de que esse seja o período-alvo das oito perguntas subsequentes. Recomendamos o uso de festas de fim de ano, estações do ano ou outros eventos da vida (p. ex., aniversários, formatura) como “marcos” para restringir o período de duas semanas em que a depressão foi a pior. Outra estratégia para trazer esse período de tempo à atenção do paciente é fazer perguntas específicas sobre fatores contextuais associados àquele período da vida da pessoa (p. ex., “Onde você vivia na época? Onde você trabalhava? Em qual semestre ou série da escola você estava?”). O processo de revisar cuidadosamente o passado do indivíduo serve, assim, para transformar o período de uma abstração (i.e., “aquela época, 10 anos atrás, quando eu estava deprimido”) para uma memória mais vívida, de modo que seja mais provável que o relato de sintomas específicos seja válido. Por exemplo, digamos que um paciente relate que esteve deprimido por vários meses durante seu penúltimo ano de universidade. O clínico pode tentar localizar precisamente um intervalo de duas semanas, como a seguir: “Sei que é difícil ser preciso, mas eu necessito que você se concentre em um período de duas semanas no qual esteve pior. Você estava deprimido durante o outono do seu penúltimo ano, ou na primavera?”. O paciente responde: “Na primavera”. O clínico pergunta: “Foi antes ou depois das férias de verão?”, “Quão próximo estava dos exames finais?”, e assim por diante. Reconhecemos que esse processo pode ser relativamente demorado e que alguns profissionais podem se sentir tentados a aceitar que o paciente informe um período de tempo vago antes de iniciar a avaliação de EDM Anterior. Recomendamos fortemente que se invista tempo e energia no estabelecimento de um período concreto, firme, por causa da possível falta de validade das respostas do indivíduo a questões como “Há oito anos, durante essa época em que você esteve deprimido, como era o seu apetite?”.

Naquelas situações em que o paciente relata mais do que um Episódio Anterior ou ao longo da sua vida, o clínico deve estabelecer qual episódio foi “o pior”, e as perguntas subsequentes devem focar no pior período de duas semanas ao longo desse “pior” episódio. Contudo, há algumas exceções a essa regra:

1. Se houve um episódio no último ano, o clínico deve perguntar primeiro sobre este, mesmo que não tenha sido “o pior”, porque ele é mais recente e, portanto, é mais provável que o paciente se lembre melhor de seus detalhes sintomáticos.

2. Quando há diversos episódios possíveis para escolher, convém priorizar aqueles que ocorreram em épocas nas quais o paciente NÃO estava usando substâncias/medicamentos que são conhecidos por causar depressão e NÃO estava sofrendo de uma CMG potencialmente etiológica. Por exemplo, se o indivíduo relata dois episódios anteriores, um episódio grave que tenha ocorrido durante um período de uso pesado de cocaína e um episódio mais leve que tenha ocorrido durante um período de abstinência, o clínico deve começar com este último (de abstinência) e considerar o primeiro (comórbido com o uso de cocaína) apenas se o último não satisfizer os critérios para um EDM.

LEMBRE-SE de que, com base no algoritmo da SCID, as classificações sintomáticas detalhadas para EDM Anterior precisam ser feitas APENAS SE os critérios NÃO são satisfeitos por um EDM Atual (i.e., ausência de humor deprimido ou humor deprimido acompanhado por sintomas insuficientes para satisfazer os critérios de um EDM).

Observe que, quando o clínico pergunta sobre um episódio anterior, a redação específica para as perguntas introdutórias nos rótulos de item A15 e A16 (i.e., “Você já teve...”) deve ser ajustada, dependendo das respostas às perguntas introdutórias anteriores sobre um período atual de humor deprimido ou de interesse ou prazer diminuído (correspondendo aos Critérios A1 e A2 para EDM, rótulos de item A1 e A2). Se alguma dessas perguntas foi respondida com “SIM” (indicando que há um período atual de humor deprimido ou interesse ou prazer diminuído que, no fim, não satisfaz todos os critérios de um EDM), então o clínico é instruído a substituir a expressão (itálico para identificação) “*Você já teve um período de tempo em que se sentiu deprimido ou abatido pela maior parte do dia, quase todos os dias?*” por “*Já houve outro período em que...?*”.

Quando uma classificação de “-” ou “NÃO” é feita para quaisquer critérios críticos ao avaliar um EDM, o clínico pula a avaliação do EDM Atual e segue para a avaliação do EDM Anterior. Quando o profissional avalia um EDM Anterior e chega a um ponto na avaliação em que fica claro que os critérios não são satisfeitos, e se há uma história de vários períodos anteriores de depressão, é importante que o clínico considere se há a possibilidade de um dos períodos, QUE NÃO aquele selecionado para a avaliação de EDM Anterior, satisfazer todos os critérios de um EDM Antes de pular a avaliação de EDM Anterior e continuar com a avaliação de um Episódio Maníaco Atual. Muito embora o clínico tenha presumidamente selecionado o “pior” período durante a avaliação inicial de episódios anteriores, o qual é, na maior parte dos casos, aquele que tem a maior probabilidade de satisfazer todos os critérios, há duas circunstâncias em que um episódio diferente do selecionado pode ter uma maior probabilidade de satisfazer os critérios de EDM: 1) se o clínico decidiu focar em um episódio no ano anterior, em vez de no “pior” na vida da pessoa (conforme as instruções da SCID-5-CV); ou 2) se a ideia do paciente sobre qual foi o “pior” difere das exigências dos critérios de EDM (i.e., o indivíduo selecionou um episódio que foi o mais angustiante, mas que teve relativamente poucos sintomas ou um impacto mínimo sobre o funcionamento).

As perguntas que tratam dos nove itens que compõem o Critério A para EDM Anterior são idênticas em conteúdo às suas correspondentes no EDM Atual, exceto pelo fato de que são redigidas no tempo pretérito.

Classificando o Episódio Depressivo Maior, em Remissão Parcial, como um episódio anterior. Às vezes, um paciente é entrevistado com a SCID-5-CV em um momento no qual

um EDM está parcialmente remitido. Por exemplo, dois meses atrás, o paciente pode ter ficado deprimido com perda de interesse persistente, insônia, apetite diminuído, baixa energia e pensamentos suicidas. Na época da entrevista SCID-5-CV, seu humor deprimido e sua perda de interesse persistem, mas ele agora está dormindo melhor, seu apetite voltou e já não pensa mais em suicídio. Assim, se o clínico está avaliando EDM Atual na SCID-5-CV, os sintomas do paciente não satisfariam os critérios para EDM Atual (último mês). Contudo, se o clínico está avaliando EDM Anterior, os sintomas do paciente satisfariam os critérios para EDM Anterior (tendo seu início há dois meses). Na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, essa condição do paciente seria diagnosticada como Transtorno Depressivo Maior em Remissão Parcial.

10.3.3 Classificações para Episódio Maníaco Atual (A29–A40)

Lembre-se de que, para os propósitos da SCID, “atual” se refere ao mês anterior inteiro, de modo que o paciente não precisa parecer maníaco durante a entrevista para ser diagnosticado como tendo Episódio Maníaco Atual.

Critério A. Critério A (Parte I) – Humor anormalmente elevado ou irritável+atividade ou energia persistentemente aumentada. O Critério A foi dividido em duas partes separadas na SCID-5-CV para permitir que os diagnósticos de Episódio Maníaco e de Episódio Hipomaníaco sejam eliminados se a primeira parte do critério não estiver presente. A primeira parte (rótulo de item A29) estabelece que há um período distinto de humor anormalmente elevado, expansivo e irritável, acompanhado por atividade ou energia aumentada que tenha durado pelo menos alguns dias, um aspecto exigido tanto por um Episódio Maníaco quanto por um Episódio Hipomaníaco. (A expressão entre parênteses “com duração de, pelo menos, alguns dias”, que na verdade não faz parte do critério do DSM-5, foi acrescentada para fornecer uma duração mínima dos sintomas, a fim de justificar o “pulo” da avaliação de um Episódio Maníaco e Hipomaníaco Atual se esse item for classificado como “–”). Esse critério reflete a exigência do DSM-5 de que haja um humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável combinado com atividade ou energia persistentemente aumentada.

Para assegurar que os clínicos não deixarão de indagar sobre humor irritável, a questão sobre irritabilidade foi formulada em uma pergunta separada (i.e., “Você teve algum período de tempo em que estava se sentindo irritável ou raivoso pela maior parte do dia, por pelo menos alguns dias?”). Muitas vezes, os pacientes descrevem períodos de irritabilidade que são um aspecto associado de um EDM ou de uma irritabilidade crônica, a qual é um sintoma de uma perturbação da personalidade. A irritabilidade que é indicativa de um verdadeiro Episódio Maníaco é anormalmente intensa para aquela pessoa (p. ex., um discurso inflamado e maníaco dado a um representante de serviços ao consumidor, em contraste com ser meramente “mordaz” com o seu cônjuge) e, por definição, deve ser acompanhada por atividade ou energia aumentada, aspectos que não costumam ser vistos em uma depressão irritável ou um transtorno da personalidade. Entretanto, se houver qualquer dúvida quanto à irritabilidade poder ser parte de um Episódio Maníaco ou Hipomaníaco, o clínico deve continuar a fazer todas as perguntas sobre sintomas maníacos (ou hipomaníacos), a fim de determinar se a irritabilidade é um sintoma de um Episódio Maníaco ou Hipomaníaco, ou se é mais bem explicada por outra condição, como a depressão.

Critério A (Parte II) – Duração de uma semana. Os conjuntos de critérios para Episódio Maníaco e Hipomaníaco são idênticos do ponto de vista dos sintomas, mas diferem em termos de duração mínima (o Episódio Maníaco tem uma duração mínima de uma semana, enquanto o Episódio Hipomaníaco, de apenas quatro dias) e gravidade (os Episódios Maníacos causam prejuízo significativo no funcionamento, enquanto os Episódios Hipomaníacos, por definição, NÃO devem causar prejuízo significativo). A segunda parte do Critério A (rótulo de item A30) serve para diferenciar entre os dois episódios com base na duração (i.e., se a duração do humor elevado/irritável for menor do que uma semana, então o clínico é instruído a pular diretamente ao rótulo do item A41 para verificar a existência de um Episódio Hipomaníaco Atual). Observe que um episódio de duração inferior a uma semana seria qualificado como um Episódio Maníaco se fosse suficientemente grave para exigir hospitalização.

As perguntas separadas para a avaliação de humor elevado e humor irritável podem resultar, potencialmente, em um erro do algoritmo diagnóstico se a seguinte sequência de perguntas ocorrer:

- O clínico pergunta ao paciente sobre se houve um período distinto de anormalidade elevada ou humor eufórico, além de atividade ou energia aumentada.
- O paciente responde “SIM”, justificando uma classificação de “+” na primeira parte do Critério A.
- A seguir, o clínico pergunta ao paciente sobre a duração.
- O paciente indica que o período de humor elevado durou apenas 5 dias (sem hospitalização), e o clínico pula para a avaliação de Episódio Hipomaníaco Atual (eliminando o diagnóstico de um Episódio Maníaco Atual).

Nessa sequência, a presença de um período distinto de humor irritável não é conhecida pelo clínico (a pergunta sobre irritabilidade não foi feita, dada a resposta positiva inicial do paciente à pergunta sobre humor elevado). É possível que o indivíduo possa ter tido um período de humor anormalmente irritável, além de atividade ou energia aumentada que tenha durado uma semana ou mais, justificando a avaliação continuada dos critérios para um Episódio Maníaco. Assim, uma *NOTA* foi incluída na SCID-5-CV, sob a Parte II do Critério A, instruindo o clínico para que não deixe de verificar se o humor irritável durou ao menos uma semana antes de pular a avaliação do Episódio Maníaco Atual (i.e., “Se o humor elevado durar menos de uma semana, verifique se houve um período de humor irritável com duração de pelo menos uma semana antes de pular para **A41**”).

É essencial identificar um período de uma semana dentro do último mês para assegurar que os sintomas maníacos ocorrem concomitantemente durante ele (semelhante à avaliação de um EDM Atual, que exige sintomas concomitantes dentro de um período de duas semanas identificado). O clínico, portanto, inicia a avaliação perguntando ao paciente quando, durante o último mês, ele esteve mais maníaco. Se a gravidade foi mais ou menos a mesma ao longo do último mês, então a semana mais recente deve ser usada como período de tempo.

Critério B. É importante lembrar que, para contabilizar um sintoma do Critério B para o diagnóstico de um Episódio Maníaco, o sintoma deve estar presente durante o período de humor elevado ou irritável, bem como ser persistente e clinicamente significativo.

Critério B1 – Autoestima inflada ou grandiosidade. A grandiosidade ou a autoestima inflada é claramente injustificada; ser tão somente mais autoconfiante do que o normal não é suficiente para uma classificação de “+”.

Critério B2 – Redução da necessidade de sono. O indivíduo deve relatar que está se sentindo descansado após apenas algumas horas de sono para justificar a classificação de “+” neste item do Critério B. O paciente prototípico sente que não precisa dormir e descreve a sensação de estar acelerado ou “ligado”, bem como incapacidade de se acalmar o bastante para dormir. É importante distinguir o Critério B2 da insônia – embora ambos sejam caracterizados por dormir menos horas do que o usual, o indivíduo com insônia quer poder dormir, mas é incapaz de fazê-lo e se sente cansado no dia seguinte.

Critério B3 – Mais loquaz ou pressão para continuar falando. O aumento na loquacidade é manifestado tanto na velocidade quanto na quantidade da fala. Com frequência, a fala tem uma qualidade acelerada, como se houvesse tanto para dizer em tão pouco tempo disponível. Se estiver presente durante a entrevista, pode ser muito difícil para o clínico interromper o monólogo do paciente.

Critério B4 – Fuga de ideias ou pensamento acelerado. O critério pode ser classificado como “+” com base no relato subjetivo do paciente de que seus pensamentos estão acelerados OU no julgamento clínico de que a fuga de ideias esteve presente (baseado na observação do padrão de pensamento do paciente ou na história). A fuga de ideias envolve pensamentos que estão frouxamente conectados, com o indivíduo passando de um tópico a outro muito rapidamente, com apenas uma tênue linha conectando as temáticas dos tópicos. Em alguns casos, a conexão pode estar baseada no som, em vez de no significado (associação ressonante).

Critério B5 – Distratibilidade. A distratibilidade se refere a uma incapacidade de filtrar os estímulos externos (i.e., estímulos externos à pessoa) ao tentar se concentrar em uma tarefa particular. Por exemplo, o paciente pode ter dificuldade para se concentrar nas perguntas do clínico porque está sendo distraído por uma sirene de polícia na rua, e pode ter a necessidade de interromper a entrevista e investigar o que está acontecendo lá fora. Ser distraído pelos próprios pensamentos acelerados não justificaria por si só uma classificação de “+”.

Critério B6 – Aumento da atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora. Como consequência do humor elevado, do aumento da energia ou da autoestima, o paciente pode se envolver em atividades mais dirigidas a objetivos do que o normal, seja socialmente, no trabalho ou na escola, seja sexualmente. Atividades “maníacas” típicas envolvem ligar para os amigos a qualquer hora da noite, iniciar novos projetos criativos ou ficar mais ativo sexualmente. De maneira alternativa, o aumento de atividade pode ser mais difuso e se manifestar como agitação psicomotora (i.e., atividade sem propósito não dirigida a objetivos, como andar de um lado para o outro ou ser incapaz de ficar sentado).

Critério B7 – Envolvimento excessivo em atividades arriscadas. Na busca por prazer, excitação ou emoções, ou simplesmente com o pouco discernimento que é característico da mania, a pessoa pode se envolver em atividades que lhe são estranhas, sem levar em consideração as possíveis consequências negativas. Os exemplos típicos incluem gastar grandes somas de dinheiro em itens ou serviços de luxo, presen-

tes para outras pessoas ou férias caras; envolver-se em indiscrições sexuais; direção irresponsável; ou investimentos em negócios arriscados.

Deve ter três (ou mais) sintomas, quatro se o humor for apenas irritável. O número de itens exigido para satisfazer o Critério B depende de o Critério A ter sido codificado como “+” com base em humor eufórico ou apenas em humor irritável. Se houve a presença de humor eufórico, então apenas três itens do Critério B precisam estar presentes. A mania irritável requer um mínimo de quatro itens do Critério B para ajudar a diferenciá-la dos EDMs irritáveis.

Critério C – Causa de sofrimento acentuado, exige hospitalização, ou sintomas psicóticos.

Uma comparação dos critérios de Episódios Maníacos e Hipomaníacos revela que essas duas entidades compartilham os mesmos sintomas, mas diferem na duração mínima e no grau de gravidade. Como indicado neste critério, os sintomas em um Episódio Maníaco devem ser suficientemente graves para causar prejuízo acentuado no funcionamento, exigir hospitalização ou incluir aspectos psicóticos. Do contrário, um diagnóstico de Episódio Hipomaníaco deve ser considerado (e se o clínico chegou até este ponto da lista de critérios, esse diagnóstico seria justificado na maioria dos casos). Por essa razão, se uma classificação de “–” é feita para o Critério C (rótulo de item A39), o clínico é instruído a pular para os critérios de Episódio Hipomaníaco Atual, prosseguindo com o Critério C, rótulo de item A50 (pois satisfazer os Critérios A e B para Episódio Maníaco significa, necessariamente, que os Critérios A e B correspondentes no Episódio Hipomaníaco também são satisfeitos).

Critério D – Não é decorrente de uma CMG ou induzido por substância/medicamento.

Este critério instrui o clínico a considerar e eliminar uma CMG ou substância/medicamento como um fator etiológico. Veja neste Guia do Usuário a Seção 9, “Diferenciando Etiologias Médica Geral e de Substância/Medicamento de Transtornos Primários”, para uma discussão sobre como classificar este critério. Se o clínico decide que o diagnóstico é Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento, isso deve ser registrado na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico.

Repare que os Episódios Maníacos que são desencadeados por tratamento antidepressivo somático (incluindo terapia de luz brilhante e eletroconvulsoterapia) e que persistem por um tempo maior do que os efeitos fisiológicos desse tratamento, e que eram considerados como induzidos por substância/medicamento sob as regras do DSM-IV, são, em vez disso, considerados Episódios Maníacos genuínos no DSM-5. Assim, este critério deve ser classificado como “SIM” para tais episódios.

10.3.4 Classificações para Episódio Hipomaníaco Atual (A41–A53)

Critério A – Perturbação do humor + atividade ou energia aumentada durante quatro dias.

A única maneira de chegar a este ponto na SCID-5-CV é ter saído da avaliação de Episódio Maníaco como parte da avaliação da Parte II do Critério A (i.e., houve uma classificação de “+” na primeira parte do Critério A para Episódio Maníaco, indicando um período de humor eufórico, elevado ou irritável, além de atividade ou energia aumentada durante vários dias; em seguida, houve uma classificação de “–” na segunda parte do Critério A, indicando que a duração não satisfaz o mínimo de uma

semana, o que é necessário para um Episódio Maníaco). Na maioria dos casos, para avaliar este critério, o clínico precisa apenas determinar se a perturbação do humor + atividade ou energia aumentada duraram pelo menos quatro dias consecutivos. Como pode ter havido diversos períodos hipomaníacos com duração de pelo menos quatro dias no último mês, o clínico é instruído a determinar qual deles foi o “mais grave” e, em seguida, focar sobre esse período nas perguntas restantes desta seção.

Critério B – Síndrome de sintomas hipomaníacos. Por definição, um Episódio Hipomaníaco é grave o bastante para ser distinguível do bom humor “normal” (ver Critérios C e D), mas não a ponto de causar prejuízo funcional acentuado (ver Critério E). Como pode se ver neste critério, a descrição dos sintomas hipomaníacos específicos possui uma redação idêntica àquela na definição do Episódio Maníaco e é diferenciada unicamente com base na gravidade. Favor consultar as anotações para os itens do Critério B na Seção 10.3.3, “Classificações para Episódio Maníaco Atual”, deste Guia do Usuário para mais informações.

Critério C – Mudança inequívoca no funcionamento. Para classificar este critério como “+”, o clínico deve assegurar que a mudança de humor e outros sintomas resultam em uma mudança clara no funcionamento (p. ex., produtividade aumentada no trabalho) que não é típica da pessoa quando ela não está passando por um episódio.

Critério D – Observável por outras pessoas. Para assegurar ainda mais que a mudança de humor é significativa, este critério requer que a mudança no funcionamento seja observável por terceiros – um senso subjetivo de humor elevado que não seja corroborado por outras pessoas não conta. Em substituição às informações dadas por informantes, exemplos de situações em que outras pessoas comentaram a mudança no comportamento do paciente são aceitáveis.

Critério E – Ausência de prejuízo acentuado. Este critério é o oposto do Critério C no Episódio Maníaco e requer que os sintomas hipomaníacos não sejam graves o bastante para causar prejuízo funcional acentuado ou exigir hospitalização e que não haja sintomas psicóticos. Se esses sintomas forem suficientemente graves para causar prejuízo acentuado, levar à hospitalização ou envolver sintomas psicóticos, então o Critério E deve ser classificado como “–”, eliminando um diagnóstico de Episódio Hipomaníaco Atual. Nesses casos, o clínico é instruído a voltar à avaliação de Episódio Maníaco Atual, retomando-a a partir do rótulo de item A31 (Critério B), e a transcrever as classificações dos sintomas do Critério B para Episódio Hipomaníaco atual (rótulos de item A42–A48) para as classificações dos sintomas do Critério B para Episódio Maníaco Atual (rótulos de item A31–A37) e, então, aplicar o código “+” no Critério C para Episódio Maníaco (rótulo de item A39) a fim de indicar que os sintomas foram suficientemente graves para causar prejuízo acentuado ou necessitar hospitalização ou que houve sintomas psicóticos.

Critério F – Não é decorrente de uma CMG ou induzido por substância/medicamento. Este critério instrui o clínico a considerar e eliminar uma CMG ou substância/medicamento como um fator etiológico. Veja neste Guia do Usuário a Seção 9, “Diferenciando Etiologias Médica Geral e de Substância/Medicamento de Transtornos Primários”, para uma discussão sobre como classificar este critério. Se o clínico decide que o diagnóstico é Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Induzido por

Substância/Medicamento, isso deve ser registrado na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico.

Repare que os Episódios Hipomaniacos que são desencadeados por tratamento antidepressivo somático (incluindo terapia de luz brilhante e eletroconvulsoterapia) e que persistem por um tempo maior do que os efeitos fisiológicos desse tratamento NÃO são considerados como induzidos por substância/medicamento como o eram sob as regras do DSM-IV, mas são, em vez disso, considerados Episódios Hipomaniacos genuínos no DSM-5. Assim, este critério deve ser classificado como “SIM” para tais episódios.

10.3.5 Classificações para Episódios Maníacos e Hipomaniacos Anteriores (A54–A77)

Se os critérios forem satisfeitos para um Episódio Maníaco Atual, não há necessidade de avaliar se há quaisquer Episódios Maníacos anteriores, porque apenas um Episódio Maníaco ao longo da vida do paciente é necessário para estabelecer um diagnóstico de Transtorno Bipolar Tipo I. Contudo, se os critérios não forem satisfeitos para um Episódio Maníaco, mas forem para um Episódio Hipomaniaco Atual, ainda é necessário ver se os critérios para um Episódio Maníaco Anterior foram satisfeitos a fim de estabelecer a presença de Transtorno Bipolar Tipo I em vez de Transtorno Bipolar Tipo II.

Como foi o caso com a avaliação de EDMs anteriores, ao avaliar Episódios Maníacos e/ou Hipomaniacos anteriores, é essencial que o clínico escolha um intervalo de tempo específico (uma semana para Episódio Maníaco, quatro dias para Episódio Hipomaniaco) para que esse seja o período-alvo das sete perguntas subsequentes. Recomendamos o uso de festas de fim de ano, estações do ano ou outros eventos da vida (p. ex., aniversários, formatura) como “marcos” para restringir o período de tempo em que os sintomas maníacos/hipomaniacos foram mais graves. Outra estratégia é fazer perguntas específicas sobre fatores contextuais associados a esse período da vida do paciente, a fim de trazê-lo à sua atenção (p. ex., “Onde você vivia na época? Onde você trabalhava? Em qual semestre ou série da escola você estava?”). O processo de revisar cuidadosamente o passado do paciente serve, assim, para transformar o período de uma abstração (i.e., “aquela época, há 10 anos quando eu estava ligado e no topo do mundo”) para uma memória mais vívida, de modo que seja mais provável que o relato de sintomas específicos seja válido.

Naquelas situações em que o paciente relata mais do que um período maníaco ou hipomaniaco anterior, o clínico deve estabelecer qual dos períodos foi o mais intenso, e as perguntas subsequentes devem focar no mais grave período de uma semana (para Episódio Maníaco) ou de quatro dias para Episódio Hipomaniaco. Contudo, há algumas exceções a essa regra:

1. Se houve um Episódio Maníaco ou Hipomaniaco no último ano, o clínico deve perguntar sobre esse período, mesmo que não tenha sido o mais intenso ao longo da vida do paciente, porque ele é mais recente e, portanto, é mais provável que o paciente se lembre melhor de seus detalhes sintomáticos.
2. Quando há diversos episódios possíveis para escolher, convém priorizar aqueles que ocorreram em épocas nas quais o paciente NÃO estava usando substâncias/medicamentos que sejam conhecidos por causar depressão e NÃO estava

sofrendo de uma CMG potencialmente etiológica. Por exemplo, se o paciente relata dois episódios anteriores, um episódio grave que tenha ocorrido durante um período de uso pesado de cocaína e um episódio mais leve que tenha ocorrido durante um período de abstinência, o clínico deve começar com o último episódio (de abstinência) e considerar o primeiro (comórbido com o uso de cocaína) apenas se o último episódio não satisfizer os critérios para um Episódio Maníaco ou Hipomaníaco.

Observe que, quando o clínico pergunta sobre um episódio anterior, a redação específica para as perguntas introdutórias no rótulo de item A54 (i.e., “Você já teve...”) deve ser ajustada, dependendo das respostas às perguntas introdutórias anteriores sobre um período atual de humor elevado ou humor irritável (correspondendo à primeira parte do Critério para Episódio Maníaco ou Hipomaníaco – rótulo de item A29). Se alguma das perguntas foi respondida com “SIM” (indicando que há um período atual de humor elevado ou irritável que, no fim, não satisfaz todos os critérios de um Episódio Maníaco ou Hipomaníaco), então o clínico é instruído a substituir a expressão (itálico para identificação) “*Já houve outro período* em que você esteve se sentindo tão bem, ‘elevado’, empolgado ou ‘no topo do mundo’, que outras pessoas acharam que você não estava normal?” por “*Você já teve um período de tempo em que ...?*”.

Ao avaliar um Episódio Maníaco ou Hipomaníaco, quando uma classificação de “–” é feita para qualquer um dos critérios críticos, o clínico pula da avaliação do episódio atual para a avaliação de episódios anteriores. Quando o clínico avalia um Episódio Maníaco ou Hipomaníaco Anterior e chega a um ponto na avaliação em que fica claro que os critérios não são satisfeitos, e se há uma história de vários períodos anteriores de mania ou hipomania, é importante que considere se há a possibilidade de um dos períodos, QUE NÃO aquele selecionado, satisfazer todos os critérios de um Episódio Maníaco ou Hipomaníaco, antes de pular essa seção inteira e continuar com a avaliação de Transtorno Depressivo Persistente. Muito embora o clínico tenha presumidamente selecionado o período maníaco ou hipomaníaco mais intenso, porque esse é, na maior parte dos casos, aquele que tem a maior probabilidade de satisfazer todos os critérios, há duas circunstâncias em que um episódio diferente do originalmente selecionado pode ter uma maior probabilidade de satisfazer os critérios de um Episódio Maníaco ou Hipomaníaco: 1) se o clínico decidiu focar inicialmente em um episódio que ocorreu no ano anterior, em vez de no mais grave na vida da pessoa (conforme as instruções da SCID); ou 2) o senso do paciente sobre qual foi o episódio mais intenso difere das exigências dos critérios de Episódio Maníaco ou Hipomaníaco (i.e., o indivíduo selecionou um episódio que foi o mais memorável, mas que teve relativamente poucos sintomas ou um impacto mínimo sobre o funcionamento). Portanto, se houver outro período Maníaco ou Hipomaníaco Anterior que possa ter satisfeito todos os critérios para um Episódio Maníaco ou Hipomaníaco, o clínico deve voltar e refazer as perguntas para tal período.

As perguntas que tratam dos sete itens que compõem o Critério B para Episódio Maníaco ou Hipomaníaco são idênticas em conteúdo às suas correspondentes no Episódio Maníaco ou Hipomaníaco Atual, exceto pelo fato de que são redigidas no tempo pretérito.

10.3.6 Classificações para Transtorno Depressivo Persistente Atual (A78–A90)

Visto que o diagnóstico de Transtorno Depressivo Persistente não é feito se já houve um Episódio Maníaco ou Hipomaníaco, há a instrução para pular para a avaliação de Sintomas Psicóticos (rótulo de item B1) se os critérios para um Episódio Maníaco ou Hipomaníaco já tiverem sido satisfeitos. No Transtorno Depressivo Persistente, embora o Critério A (humor deprimido na maioria dos dias por dois anos), o Critério B (pelo menos dois de seis sintomas depressivos associados, como mudanças de apetite e baixa autoestima) e o Critério C (nunca esteve sem os sintomas por mais de dois meses) sejam iguais aos seus correspondentes no Transtorno Distímico do DSM-IV, esta categoria do DSM-5 não é equivalente a tal diagnóstico do DSM-IV, pois não existe mais nenhuma exclusão para EDMs concomitantes. De acordo com o DSM-5, o Transtorno Depressivo Persistente é diagnosticado para qualquer quadro depressivo crônico com duração de pelo menos dois anos; assim, qualquer combinação de sintomas depressivos leves e EDMs é abrangida por essa entidade diagnóstica. Três dessas configurações estão especificamente incluídas: 1) uma apresentação distímica “pura”, em que há humor deprimido, na maior parte dos dias, e que nunca é grave o bastante para satisfazer os critérios para um EDM completo; 2) um EDM que durou dois anos contínuos (que teria sido especificado como “crônico” no DSM-IV); e 3) uma mistura de sintomas distímicos iniciais e EDMs sobrepostos (às vezes chamada de “depressão dupla”). No DSM-5, o Critério D de Transtorno Depressivo Persistente indica que um EDM contínuo, com duração de pelo menos dois anos, pode se qualificar para este diagnóstico (“os critérios para um transtorno depressivo maior podem estar continuamente presentes por dois anos”; p. 168). Contudo, visto que essa afirmação não funciona, de fato, como um critério diagnóstico verdadeiro (não é uma característica essencial para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Persistente, nem um critério de exclusão) e, assim, não pode ser classificada de forma significativa na SCID-5-CV, ela foi omitida. Observe que o Critério F indica que o Transtorno Depressivo Persistente não é diagnosticado se os sintomas forem mais bem explicados por um Transtorno Psicótico. As informações obtidas na Visão Geral podem ser suficientes para a classificação do Critério F; contudo, como os Transtornos Psicóticos são diagnosticados somente em uma parte posterior da SCID-5-CV (i.e., no Módulo C), pode ser necessário classificar o Critério F provisoriamente e retornar a este ponto (rótulo de item A88) assim que um Transtorno Psicótico tenha sido considerado ou desconsiderado.

10.4 Módulo B. Sintomas psicóticos e associados

O Módulo B tem por função avaliar a ocorrência de sintomas psicóticos ao longo da vida (p. ex., delírios, alucinações) e, a partir dessas informações, determinar que diagnóstico de Transtorno Psicótico é mais adequado. (Observe que o termo “Transtornos Psicóticos” na SCID-5-CV inclui o Espectro da Esquizofrenia e outros Transtornos Psicóticos [excluindo o Transtorno da Personalidade Esquizotípica], além de Transtorno Bipolar e Transtorno Depressivo Maior com Características Psicóticas.) As classificações dos critérios específicos estão contidas no Módulo C (i.e., classificações para Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Delirante, Transtorno Psicótico Breve, Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica, Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento e Outro Transtorno Psicótico Especificado) e no Módulo D (i.e., classificações para Transtorno Bipolar Tipo I com Características Psicóticas, Transtorno

Bipolar Tipo II com Características Psicóticas e Transtorno Depressivo com Características Psicóticas).

O Módulo B serve como uma lista de rastreamento para o registro de sintomas psicóticos que tenham vindo à tona ao longo da entrevista SCID-5-CV, bem como uma avaliação, abrangendo toda a vida do entrevistado, dos vários tipos de sintomas psicóticos que definem os Transtornos Psicóticos do DSM-5. Para a maioria dos pacientes com um desses transtornos, a presença de um sintoma psicótico atual já deve ter sido estabelecida antes do Módulo B (normalmente, na Visão Geral). Se um indivíduo é desorganizado ou psicótico demais para ficar sentado durante toda a entrevista SCID-5-CV, a evidência dos sintomas psicóticos terá que vir de registros médicos ou informantes. Nesses casos, o Módulo B pode servir mais como uma lista de rastreamento para o registro desses sintomas psicóticos do que como um guia de entrevista. Na verdade, essa é a única parte da SCID-5-CV na qual a regra que exige que o clínico faça uma paráfrase da pergunta, tornando-a um enunciado confirmatório caso a resposta já seja conhecida, não é necessariamente aplicada, pois sintetizar o fenômeno psicótico do paciente na forma de uma pergunta de avaliação parafraseada pode ser excessivamente desencorajador para o entrevistado e impactar de forma negativa sua relação com o paciente. Por exemplo, se, durante a Visão Geral, o clínico já estabeleceu que o paciente acredita ser Deus, não há necessidade de confirmar a presença de um delírio grandioso falando para ele: “Você me disse que é especialmente importante de alguma maneira, ou que tem poderes ou conhecimentos especiais”.

Conforme observado na caixa apresentada no início do Módulo B (no alto da p. 190, antes do rótulo de item B1), antes de classificar um sintoma psicótico “+”, é importante para o clínico determinar se há uma CMG ou uma substância etiológica possível ou definida (incluindo medicamentos). Consequentemente, assim que reconhecer qualquer sintoma psicótico, o profissional deve fazer algumas das perguntas sugeridas para realizar essa determinação. O clínico precisa estabelecer, em primeiro lugar, se o paciente usava substâncias ou medicamentos ou estava doente com uma CMG na época do início dos sintomas psicóticos com as seguintes perguntas: “Logo antes de os (SINTOMAS PSICÓTICOS) começarem, você estava usando drogas? ... Estava tomando medicamentos? ... Você bebeu muito mais do que o habitual ou parou de beber depois de ter bebido muito por algum tempo? ... Você estava fisicamente doente?”. Se a resposta para qualquer uma dessas perguntas for “SIM”, o clínico deve dar seguimento com a determinação da relação temporal entre os sintomas psicóticos e substância/medicamentos/CMG, fazendo a seguinte pergunta: “Houve uma época em que você teve (SINTOMAS PSICÓTICOS) e não estava (usando [DROGAS]/tomando [MEDICAMENTOS]/mudando seus hábitos de consumo de bebidas/fisicamente doente)?”.

Quando usadas para fins de avaliação: cada uma das perguntas do Módulo B deve ser feita de forma literal, exceto se a resposta para uma questão específica já é conhecida. Para cada pergunta respondida com um “SIM”, o primeiro passo é determinar se a resposta representa ou não esse sintoma psicótico em particular (p. ex., um tipo específico de crença delirante). Assim, é fundamental fazer diversas questões adicionais que sejam elaboradas para obter, de forma aberta, os detalhes da crença do paciente ou a experiência para determinar evidências de um sintoma psicótico. Para reduzir o risco de falsos negativos, muitas dessas perguntas são escritas de forma bastante ampla, com o entendimento de que é provável que elas produzam respostas positivas naqueles indivíduos que não são psicóticos. Por exemplo,

a pergunta para delírios persecutórios faz a seguinte indagação: “E quanto a haver alguém fazendo de tudo para lhe causar dificuldades ou tentando feri-lo?”. Muitos indivíduos que conviveram com algum conhecido, colega de trabalho ou supervisor que era perverso ou vingativo responderão “SIM” a essa pergunta. O clínico precisa, portanto, fazer mais algumas perguntas detalhadas para obter informações suficientes que lhe permitam fazer uma diferenciação entre um cenário realista, que não seja uma possível evidência de um delírio, e um cenário inverossímil (p. ex., a crença de que todos os colegas de trabalho vêm se reunindo fora do expediente e em um local secreto para planejar maneiras de assediar o indivíduo), o qual sugere a presença de um delírio persecutório. Em geral, ao tentar determinar se um incidente específico é ou não é evidência de psicose, o clínico deve dar ao paciente o benefício da dúvida; a codificação como “+” só deve ser feita quando o profissional estiver satisfeito de que o cenário é evidência de psicose.

Para cada item codificado como “+”, o clínico deve registrar uma descrição do sintoma (p. ex., “está convencido de que a CIA implantou um dispositivo de escuta em seu ouvido”), a sua frequência (p. ex., “diária, várias vezes ao dia”), seu impacto na vida do paciente (p. ex., “em geral, é capaz de ignorar essa crença”) e quando ela ocorreu (“dois anos atrás”).

É fundamental perguntar a todos os pacientes, especialmente àqueles que já relataram sintomas psicóticos, todas as questões de avaliação de psicose do Módulo B, visto que elas são úteis tanto para avaliar de forma geral os sintomas psicóticos quanto para determinar a gama completa, a duração ao longo da vida e o curso dos sintomas psicóticos em indivíduos com Transtorno Psicótico. O mesmo princípio se aplica às classificações para aqueles sintomas psicóticos que têm diversas perguntas correspondentes. Assim, por exemplo, mesmo que o delírio do item de referência (rótulo de item B1) inclua cinco perguntas que envolvam vários tipos de experiências referenciais, é importante indagar sobre cada um deles, de modo que a duração e o impacto integral dos delírios de referência sobre a vida do paciente possam ser determinados.

10.4.1 Classificações para delírios (B1–B13)

Um delírio é uma falsa crença pessoal com base em uma inferência incorreta acerca da realidade externa. Essa falsa crença é firmemente sustentada, não obstante o que quase todo mundo acredita, apesar de provas incontestáveis e óbvias em contrário. Ela não é habitualmente aceita por outros membros da cultura ou subcultura da pessoa (p. ex., a crença em algumas culturas de que um indivíduo pode se comunicar com uma pessoa morta). Quando o clínico não estiver familiarizado com as crenças características do contexto cultural ou religioso do paciente, pode ser necessário consultar alguém que o esteja para evitar o superdiagnóstico de delírios.

Um delírio envolve prejuízo na capacidade de fazer inferências lógicas precisas. Os indivíduos que experimentam pensamentos delirantes chegam a conclusões incorretas a partir das observações do seu ambiente (p. ex., acreditam que as eventuais quedas em ligações telefônicas provam que são alvo de uma operação de vigilância do FBI). Ao avaliar esse tipo de delírio, o clínico deve diferenciar um delírio (o que justificaria uma classificação de “+”) de uma ideia “supervalorizada” e firmemente defendida (o que justificaria uma classificação “–”). Ao decidir se uma crença é falsa

e fixa o bastante para ser considerada um delírio, o profissional deve primeiramente determinar a ocorrência de um erro grave na inferência e no teste de realidade e, a seguir, determinar a força da convicção. Pode ser útil pedir ao paciente para falar em profundidade sobre as suas convicções, pois, muitas vezes, é somente nos detalhes específicos que os erros de inferência se tornam aparentes. Ao avaliar a força da convicção delirante, o clínico deve apresentar explicações alternativas (p. ex., é possível que as pessoas desliguem o telefone por terem discado o número errado?). Um paciente com delírios pode reconhecer a possibilidade dessas explicações, mas ainda manterá a sua própria crença.

Alguns pacientes com uma história de longa data de Transtorno Psicótico desenvolvem *insight* em relação à natureza “psicótica” de suas crenças (i.e., eles compreendem que suas crenças são um produto da doença mental, em vez de um reflexo verdadeiro da realidade). Tais crenças ainda seriam consideradas delírios, contanto que, em um momento anterior, elas tenham sido vivenciadas pelo paciente como reais. Por exemplo, um indivíduo pode relatar que sua convicção crônica de que as pessoas no trabalho estão tramando contra ele é resultado de sua Esquizofrenia de longa data. Isso seria codificado como um delírio se o paciente relatasse que, inicialmente, estava convencido de que o complô era real, ou se houvesse evidências disso em registros anteriores (p. ex., um relatório de admissão documentando que ele agiu conforme sua crença).

Tipos de delírios. O primeiro conjunto de classificações dos sintomas no Módulo B (Sintomas Psicóticos e Associados) indaga sobre a ocorrência ao longo da vida de vários tipos de delírios, com base em tema e conteúdo. Observe que mais do que uma classificação pode se aplicar para um delírio em particular se o conteúdo dele abranger diversos temas. Por exemplo, um paciente que acredita que o FBI o persegue porque ele pode controlar as mentes de outras pessoas receberia uma classificação de “+” para os tipos de delírios persecutório e grandioso.

Delírio de referência. Há uma taxa de respostas do tipo falso positivo relativamente alta à pergunta inicial para esse tipo de delírio (“Já lhe pareceu que as pessoas estavam falando de você, ou que o observavam de modo especial?”) porque ela questiona sobre uma experiência comum. O clínico deve, portanto, pedir exemplos específicos que estabeleçam a natureza psicótica da crença. A maioria das pessoas já sentiu em algum momento que os outros estavam falando delas, particularmente se elas têm alguma anormalidade física ou agem de uma forma que as fazem se destacar. Dessa forma, é importante diferenciar percepções realistas, ansiedade social ou desconfiança transitória de uma crença falsa e fixa. Um homem sem-teto maltrapilho e que não tem um lugar para tomar um banho pode acreditar, de modo realista, que as pessoas estão se afastando dele no metrô, mas se ele acredita que as manchetes de hoje são uma referência enigmática à sua vida pessoal, o clínico deve classificar este item com um “+”. Visto que os delírios de referência podem ser manifestados em várias situações, oferecemos uma variedade de perguntas adicionais, as quais abrangem uma gama de estímulos que são, muitas vezes, mal interpretados como tendo relevância pessoal, como acreditar que algo no rádio, em um programa de TV ou em um filme; as letras de uma canção popular; as roupas que as pessoas estão vestindo; ou o que está escrito nas placas ou nos *outdoors* enviam uma mensagem especial ao indivíduo.

Delírio persecutório. Conforme observado anteriormente, o clínico deve tomar cuidado para diferenciar uma percepção de perseguição exagerada, mas possivelmente válida (p. ex., por parte de um chefe, um professor, um ex-cônjuge, um traficante de drogas), de um delírio persecutório real. As duas perguntas adicionais (“Você já teve a sensação de que estava sendo seguido, espionado, manipulado ou sendo vítima de um complô?” e “Você já teve a sensação de que estava sendo envenenado ou de que sua comida estava sendo adulterada?”) podem ser úteis na identificação dos casos mais óbvios.

Delírio grandioso. Às vezes, é difícil dizer onde a percepção exagerada que um paciente tem sobre seus próprios talentos termina e um delírio grandioso começa. Um taxista que acredita que irá escrever um romance de sucesso pode estar equivocado, mas não é necessariamente delirante. Se, no entanto, ele diz ao clínico que Steven Spielberg vem ligando para ele e implorando pelos direitos para filmar seu romance, o paciente provavelmente entrou no terreno do delírio. Questioná-lo sobre as evidências que apoiam sua crença é uma boa maneira de esclarecer a questão.

Delírio somático. Ao avaliar este sintoma, é necessário levar em consideração a compreensão que o paciente tem da anatomia e da fisiologia. Uma pessoa sem instrução pode ter uma explicação primitiva para os sintomas, como, por exemplo, acreditar que dores de estômago são causadas por um gafanhoto pulando dentro dela. Uma disposição para considerar uma explicação alternativa indica que a crença não é um delírio. Outro exemplo de um falso positivo seria uma paciente com sintomas físicos que está convencida de que está morrendo por causa de uma doença fatal não diagnosticada e que duvida do médico quando este lhe reassegura que, do ponto de vista clínico, não há nada de errado com ela. Se a paciente é capaz de considerar a possibilidade de que suas preocupações são exageradas, então o diagnóstico seria de Transtorno de Sintomas Somáticos ou Transtorno de Ansiedade de Doença. Um paciente que rejeita de forma repetida e imediata tais reassseguramentos tem maior probabilidade de ter um delírio somático. Observe que uma crença delirante do paciente de que uma parte do seu corpo é feia ou defeituosa não é mais registrada como um delírio somático, sendo considerada, em vez disso, como evidência de Transtorno Dismórfico Corporal, com *insight* ausente.

Delírio de culpa. Esse tipo de delírio envolve a crença de um paciente de que um pequeno erro do passado levará ao desastre, ou de que a pessoa cometeu um crime horrível e deveria ser punida severamente, ou de que ela é responsável por um desastre (p. ex., um terremoto ou um incêndio) com o qual não possa ter qualquer ligação. Consequentemente, três perguntas foram incluídas para tratar do cometimento de um crime, da realização de alguma coisa que poderia resultar em dano a outras pessoas e da responsabilidade por um desastre. Visto que há a possibilidade real de um paciente ter sido responsável por danos a outras pessoas, o clínico deve obter detalhes suficientes para estabelecer a credibilidade da crença do indivíduo de que ele foi de fato responsável.

Ciúme delirante. A característica essencial deste delírio é a crença de que o parceiro sexual do paciente é infiel. Por exemplo, quando perguntado sobre ciúmes delirantes, o indivíduo pode responder que sua esposa está tendo um caso com o vizinho. A tarefa do clínico é determinar a plausibilidade dessas afirmações (p. ex., o que o

paciente viu ou ouviu para dar a ele essa impressão, se mais alguém observou o parceiro sendo infiel). Novamente, distinguir um ciúme delirante de preocupações justificadas pelo comportamento do parceiro pode ser desafiador. Em geral, o julgamento de que uma crença é evidência de psicose depende de detalhes indicando que a crença da pessoa ultrapassa os limites da credibilidade (p. ex., a crença de uma paciente de que seu marido está fazendo sexo com uma amante durante os três minutos em que ela sai para levar o lixo para fora de casa).

Delírio religioso. Esse item deve ser codificado como “+” se o conteúdo do delírio envolver teor espiritual ou religioso. Distinguir um delírio religioso de uma crença religiosa pode ser particularmente desafiador. Um dos elementos da definição de delírio do glossário do DSM-5 (incluída anteriormente no rótulo de item B1) é o de que a crença seja falsa; esse padrão não pode ser aplicado às crenças religiosas porque não se pode provar que elas sejam verdadeiras ou falsas. Em vez disso, o método sugerido no DSM-5 para decidir sobre a probabilidade de uma crença religiosa ser delirante consiste em determinar se ela é ou não é algo comumente aceito por outros membros da comunidade religiosa dessa pessoa como parte do cânone de tal religião.

Dada a importância contextual da visão espiritual do paciente, a primeira pergunta objetiva determinar se ele se considera uma pessoa religiosa ou espiritualizada. Se a resposta for sim, a pergunta adicional questiona se ele já teve quaisquer experiências religiosas ou espirituais que outros em seu círculo religioso não tenham experimentado. Se ele já teve tais experiências, pede-se ao paciente para que as descreva, bem como as reações dos outros membros da sua comunidade religiosa a essas crenças. Se ele não compartilhou essas crenças com outras pessoas, então caberá ao clínico determinar se elas desviam significativamente da norma ditada pelo círculo religioso do paciente. Se o profissional não estiver suficientemente familiarizado com a religião do paciente para fazer esse tipo de julgamento, pode ser que tenha de falar com pessoas que sejam membros de tal religião ou consultar outras fontes externas para determinar se a crença está dentro da norma. Se o paciente negar ter quaisquer crenças que não sejam compartilhadas por outros em sua comunidade, então o clínico pergunta se ele já se comunicou diretamente com “Deus, o diabo, outra entidade espiritual ou poder superior”. Visto que esse tipo de comunicação é uma experiência comum para várias religiões, é essencial determinar se essa comunicação direta desvia da norma religiosa. Para aqueles pacientes que relatam tais crenças, mas que não eram religiosos ou espiritualizados antes de tê-las, os detalhes sobre como elas surgiram podem ser um indicador mais pertinente de um processo delirante.

Delírio erotomaníaco. Nesse tipo de delírio, o indivíduo está convencido de que outra pessoa, geralmente de posição mais elevada, está apaixonada por ele. Por exemplo, quando questionada sobre delírios erotomaníacos, a paciente pode responder que “sabe” que uma celebridade específica está secretamente apaixonada por ela, mas que, quando tentou entrar em contato, a celebridade negou sequer conhecê-la. Em alguns casos, o indivíduo simplesmente afirmará que teve um envolvimento romântico com uma pessoa famosa ou poderosa. É claro, como isso pode ser verdade, é essencial obter o máximo possível de detalhes sobre o relacionamento para avaliar se se trata de fantasia ou realidade.

Delírio de estar sendo controlado. Nesse tipo de delírio, o paciente vivencia seus sentimentos, impulsos, pensamentos e ações como se estivessem sendo diretamente controlados por uma força externa, em vez de estarem sob seu próprio controle. Como os indivíduos com esses delírios geralmente os relatam como algo que eles estão vivenciando, em vez de como uma crença, a pergunta da SCID é elaborada para indagar se o paciente já teve essa sensação. Contudo, este item deve ser codificado como “+” (i.e., representa um delírio) somente se o indivíduo estiver convencido de que essa experiência é real. É importante não confundir a experiência coloquial de estar em uma relação de controle como evidência desse delírio. Por exemplo, quando questionada sobre delírios de controle, uma paciente pode responder que sua mãe está sempre tentando controlá-la. Cabe ao clínico determinar se ela está falando sobre suas ações ou pensamentos sendo controlados de uma maneira misteriosa (um verdadeiro delírio de controle) ou se está simplesmente descrevendo um conflito crônico com a mãe sobre o que ela pode e não pode fazer (provavelmente, não se trata de nenhum tipo de delírio).

Inserção de pensamento e retirada de pensamento. Como acontece com os delírios de controle, alguns pacientes com Esquizofrenia podem ter a experiência de que seus pensamentos estão sendo controlados por algum tipo de influência externa. Especificamente, isso pode implicar o sentimento de que pensamentos foram inseridos em suas mentes ou removidos de seus cérebros. Assim como com os delírios de ser controlado, uma classificação de “+” deve ser dada (i.e., eles representam delírios) somente se a pessoa estiver convencida de que essas experiências são reais.

Irradiação do pensamento. Este delírio envolve a sensação do paciente de que seus pensamentos estão sendo transmitidos em voz alta, de modo que possam ser percebidos por outros. Esse item é codificado como “+” apenas se o paciente estiver convencido de que essas experiências são reais. Pode ser útil pedir que ele explique como isso pode estar acontecendo, já que uma interpretação delirante da experiência (“Um transmissor de pensamentos foi cirurgicamente implantado em minha cabeça”) geralmente justifica uma classificação de “+”. Entretanto, um relato do mecanismo não é necessariamente exigido para uma classificação de “+”, contanto que o paciente relate essas experiências como reais. Se o indivíduo experimenta os pensamentos irradiados como uma alucinação (i.e., ele também pode ouvir seus pensamentos), o item para alucinações auditivas (rótulo de item B14) também deve ser classificado como “+”. Observe que a irradiação do pensamento não é a mesma coisa que a experiência mais comumente relatada de que os outros podem ler a mente da pessoa, a qual seria codificada sob o próximo item: “Outros delírios”.

Outros delírios. Este item visa classificar delírios cujo conteúdo não é abrangido por nenhum dos itens anteriores, como a crença de que os outros podem ler a sua mente; um delírio niilista (i.e., de que nada existe de fato, nem mesmo o próprio indivíduo); ou o delírio relacionado de já ter morrido.

10.4.2 Classificações para alucinações (B14–B19)

Uma *alucinação* é a experiência de percepção sensorial sem estimulação do órgão sensorial relevante. Uma alucinação deve ser distinguida de uma ilusão, que é a percepção equivocada de um estímulo real (p. ex., interpretar erroneamente uma sombra como sendo a figura de um homem).

Tipos de alucinações. *Alucinações auditivas.* As alucinações auditivas devem ser diferenciadas dos delírios de referência, nos quais o paciente ouve vozes reais (p. ex., na rua, na enfermaria) e as interpreta como uma autorreferência (p. ex., “eles estão falando sobre mim”). A evidência de que, na verdade, se trata de alucinações pode estar no fato de que sua ocorrência se dá quando o paciente está sozinho. Esse item deve ser codificado como “+” somente se as alucinações forem julgadas como clinicamente significativas (i.e., recorrentes ou persistentes). Ouvir o próprio nome ser chamado e não encontrar ninguém no local é um exemplo de alucinação que não é clinicamente significativa.

Alucinações visuais, táteis, somáticas, gustativas e olfativas. As alucinações visuais devem ser distinguidas das ilusões, que são interpretações errôneas de estímulos reais (p. ex., confundir uma pilha de roupas com um animal em uma sala mal iluminada). Fenômenos visuais durante a transição entre vigília e sono (alucinações hipnagógicas e hipnopômicas) devem ser codificados com “-”. As alucinações táteis envolvem sensações que são percebidas pela superfície da pele, como ser golpeado ou sentir que há insetos rastejando sobre ela. As alucinações somáticas envolvem sensações percebidas como estando no interior do corpo, como uma sensação de eletricidade. As alucinações gustativas, que envolvem o sentido do paladar, e as olfativas, que envolvem o olfato, podem ser bem difíceis de diferenciar do fato de o paciente ter um sentido particularmente agudo de paladar ou olfato, considerando que as perguntas são elaboradas para indagar sobre sentir o gosto ou o cheiro de coisas que ninguém mais consegue sentir. Os detalhes da experiência (p. ex., persistência em diversas situações) e a natureza do cheiro ou do gosto (p. ex., carne podre, gasolina) podem ser especialmente sugestivos de uma experiência alucinatória.

10.4.3 Classificações para discurso desorganizado, comportamento grosseiramente desorganizado e catatonia (B20–B22)

Discurso desorganizado. Embora o discurso desorganizado atual seja avaliado durante o transcorrer da entrevista SCID, as ocorrências anteriores precisam ser determinadas pela história e quase sempre necessitam de um informante. Se o discurso atual do paciente for desorganizado o bastante para justificar uma classificação de “+”, pode ser difícil ou impossível aplicar a SCID-5-CV. A avaliação deste critério exige um julgamento subjetivo por parte do clínico no que tange à “compreensibilidade” do discurso do paciente. O erro mais comum é ter um limiar muito baixo para a desorganização, o que leva a um superdiagnóstico de Esquizofrenia. É insensato supor que cada mudança ilógica e sutil de um tópico para outro tem relevância patológica. Deve-se ter certa flexibilidade para justificar as variações no estilo, particularmente na situação estressante de uma entrevista psiquiátrica. Apenas o discurso que seja gravemente desorganizado e muito difícil de interpretar deve ser considerado para uma classificação de “+”. Um último alerta é o de que a falta de familiaridade do clínico com o dialeto ou o sotaque do paciente, bem como a falta de proficiência do paciente no idioma do clínico, não deve ser diagnosticada erroneamente como discurso desorganizado.

Comportamento grosseiramente desorganizado. Aqui, dois julgamentos são necessários: o de que o comportamento é “desorganizado” e o de que é grave (“grosseiramente”). O comportamento desorganizado não tem qualquer objetivo aparente. Exemplos de comportamento desorganizado incluem perambular sem rumo e gritar com os transeuntes de forma inesperada. É importante excluir comportamento

que possa parecer desorganizado ou bizarro, mas que, na verdade, tenha um objetivo (p. ex., coletar itens sem valor de lixo em resposta a um delírio de que eles fornecerão proteção contra a radiação). Para justificar uma classificação de “+”, a desorganização deve ser gravemente prejudicial para o paciente e óbvia até para o observador mais casual.

Comportamento catatônico. Esses sintomas (rótulo de item B22) vêm do conjunto de critérios do DSM-5 (p. 119) para catatonia associada a outro transtorno mental. Os itens da catatonia são quase sempre codificados com base nas informações dos informantes sobre a história ou após a revisão dos registros anteriores, visto que os paciente com catatonia costumam ser incapazes de fornecer essas informações em primeira mão. Repare que a ordem dos itens foi alterada a partir do conjunto de critérios de catatonia do DSM-5, de modo que os itens estão agrupados com base em como eles são avaliados: os seis itens avaliados por observação (ou por informantes, incluindo a revisão do prontuário; p. ex., caretas), seguidos pelos três itens avaliados durante a entrevista ou por informantes (p. ex., ecolalia), seguidos pelos três itens avaliados durante exames físicos ou por informantes (p. ex., flexibilidade cêrea).

10.4.4 Classificações para sintomas negativos (B23–B24)

O problema principal com a avaliação de sintomas negativos é o superdiagnóstico. Como o discurso desorganizado e o comportamento grosseiramente desorganizado, há um *continuum* de gravidade para cada um dos sintomas negativos, e apenas as formas mais graves, difusas, persistentes e prejudiciais justificam uma classificação de “+”. Por exemplo, o alcance da expressão afetiva varia amplamente na população e entre diferentes grupos culturais. Muitas pessoas são lacônicas sem ter sintomas negativos. A falta de direção a um objetivo, representada pelo termo avolia, está no ponto extremo de um espectro e não deve ser confundida com dificuldades menores e mais comuns ao iniciar tarefas. Além disso, é importante garantir que outras explicações para o comportamento sejam consideradas e descartadas antes de considerar os sintomas negativos como “primários” e classificar esses itens como “+”. A confusão mais comum a esse respeito se deve, provavelmente, ao fato de que os mesmos medicamentos usados para tratar Transtornos Psicóticos podem produzir efeitos colaterais semelhantes aos sintomas negativos. Por exemplo, muitos pacientes que estão tomando um medicamento antipsicótico apresentam perda de expressividade facial, fala e movimentos reduzidos, disforia e perda de energia. Pode ser útil indagar se sintomas negativos presumíveis estiveram presentes antes do início do tratamento neuroléptico, bem como a respeito do impacto potencial de uma redução ou mudança no medicamento, ou, ainda, da adição de um agente anticolinérgico. Também pode ser difícil distinguir entre sintomas negativos (avolia e expressão emocional diminuída) e sintomas depressivos (afeto constrito, retardo psicomotor, indecisão, perda de energia e perda de prazer) que não raramente acompanham os transtornos psicóticos. Por fim, os sintomas negativos devem ser diferenciados dos comportamentos que são secundários aos sintomas positivos. Por exemplo, um indivíduo que é incapaz de manter um emprego por causa de delírios persecutórios não seria necessariamente identificado como tendo avolia.

Para enfatizar a importância de não superdiagnosticar sintomas negativos, é necessário que o clínico classifique cada sintoma negativo duas vezes. A classificação inicial indica sua presença aparente; em caso positivo, a segunda classificação confirma que ele é na verdade *primário* (p. ex., um sintoma negativo de Esquizofrenia), e não um secundário (p. ex., um efeito colateral do medicamento ou a consequência de um sintoma positivo). Observe que o uso dos termos “primário” e “secundário”, no contexto dos sintomas negativos, difere daquele visto no contexto da eliminação de uma etiologia médica geral ou induzida por substância/medicamento ao longo da SCID, embora em ambos os casos os termos signifiquem que os sintomas não se devem, na verdade, a uma causa identificável.

10.5 Módulo C. Diagnóstico diferencial de Transtornos Psicóticos

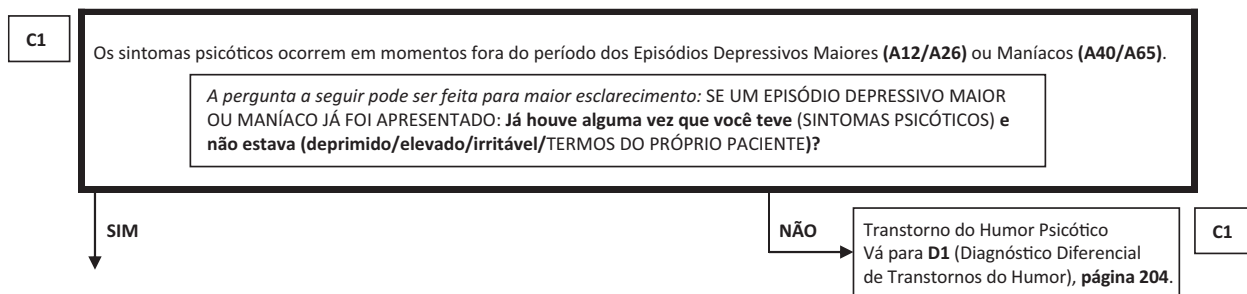
Este módulo ajuda o clínico a fazer um diagnóstico diferencial de Transtornos Psicóticos com base em informações obtidas nos Módulos A e B. Este módulo é pulado caso jamais tenha havido um sintoma psicótico. No início do Módulo C, o clínico é dirigido ao Módulo D (“Diagnóstico diferencial de Transtornos do Humor”) para avaliar os sintomas psicóticos que ocorrem exclusivamente durante um Transtorno do Humor. O Módulo C contém avaliações dos seguintes Transtornos do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos:

- Esquizofrenia
- Transtorno Esquizofreniforme
- Transtorno Esquizoafetivo
- Transtorno Delirante
- Transtorno Psicótico Breve
- Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica
- Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento
- Outro Transtorno Psicótico Especificado

Estruturalmente, este módulo difere dos Módulos A e B de diversas maneiras. O objetivo do Módulo C é determinar qual Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico explica melhor os sintomas classificados nos Módulos A e B, enquanto o objetivo principal dos Módulos A e B é coletar informações específicas do paciente (e/ou de informantes) sobre a apresentação clínica para determinar se os critérios individuais são satisfeitos. Avançar ao longo do Módulo C se assemelha a percorrer uma árvore de decisão para sintomas psicóticos, como a árvore de decisão de delírio no *Manual de diagnóstico diferencial do DSM-5* (First, 2014, p. 38-43). O foco principal dos esforços do clínico está em considerar se o critério em cada caixa está presente ou ausente. Uma classificação de “SIM” é feita se o critério for satisfeito, e uma de “NÃO” é aplicada se o critério não for satisfeito. Caso o clínico não consiga decidir se um critério foi ou não atendido por causa de informações faltantes (p. ex., o paciente não oferece uma história adequada, os prontuários antigos não estão disponíveis), ele sempre tem a opção de pular para o rótulo de item C22 e fazer um diagnóstico de Outro Transtorno Psicótico Especificado. Tendo em vista que muitos desses critérios apresentam múltiplas frases e envolvem duplas negativas, são fornecidas notas na parte inferior de muitas das caixas de item de critério, que

servem como guia rápido para a realização de classificações. Sugere-se que o clínico revise as notas antes de fazer uma classificação final para confirmar que o critério foi corretamente interpretado.

Para a maioria dos itens do Módulo C, não há necessidade de fazer uma pergunta, embora alguns itens possam exigir questões adicionais para maior esclarecimento, especialmente para aqueles critérios que requerem um julgamento sobre as relações temporais dos sintomas. Por exemplo, conforme mostrado no rótulo de item C1 a seguir, embora seja possível que o clínico tenha informações suficientes sobre a relação temporal entre os episódios de humor do Módulo A e os sintomas psicóticos do Módulo B para classificar este item, é vantajoso, na maioria dos casos, fazer esta pergunta para verificar as relações temporais entre os sintomas de humor e os psicóticos.



Sob circunstâncias típicas, a segunda metade do Módulo B e a maior parte do Módulo C são avaliadas sem a necessidade de quaisquer perguntas adicionais ao paciente. Dessa forma, da perspectiva do paciente, muitas vezes a última coisa que ele ouve em voz alta até o início da avaliação de Transtornos por Uso de Álcool, no Módulo E, é o clínico dizer: “Deixe-me parar por um instante para que eu possa fazer algumas anotações” (entre os rótulos de item B19 e B20), e este último segue virando páginas e fazendo classificações de itens enquanto o paciente observa. Para minimizar o tempo de espera do indivíduo, é aconselhável que o clínico se torne proficiente nessa seção para que possa terminá-la de forma rápida e eficiente. Nós recomendamos fortemente que os usuários iniciantes da SCID-5-CV pratiquem a utilização dos Módulos C e D usando os “Casos para exercício” do Apêndice B, denominado “Materiais de Treinamento”, neste Guia do Usuário. Nós alertamos contra a prática de pular o Módulo C com a ideia de que ele possa ser completado mais tarde, quando o paciente não estiver mais presente, visto que pode ser necessário fazer perguntas adicionais para classificar determinados critérios.

Observe que há duas situações em que o clínico talvez precise retornar ao Módulo A para registrar itens após completar os Módulos B e C:

1. Se o diagnóstico de Transtorno Depressivo Persistente foi feito no Módulo A e, em seguida, um diagnóstico de Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico é feito no Módulo C, a classificação para o Critério F (rótulo de item A88) no Transtorno Depressivo Persistente (i.e., “não é mais bem explicado por um ... Transtorno Psicótico”) talvez precise ser registrada; OU
2. Por causa da dificuldade em distinguir entre os sintomas negativos da Esquizofrenia e os sintomas da Depressão, é possível que um Episódio Depressivo Maior, que tenha sido previamente diagnosticado no Módulo A, tenha que

ser registrado, caso um diagnóstico de Esquizofrenia seja feito posteriormente no Módulo C. Em tais casos, o clínico deve voltar ao Módulo A e recodificar quaisquer itens como “–” se eles forem determinados como sendo sintomas da Esquizofrenia.

10.5.1 Exclusão do Transtorno do Humor Psicótico (C1)

A marca distintiva do diagnóstico de Transtorno Bipolar com Características Psicóticas e Transtorno Depressivo com Características Psicóticas é a de que os sintomas psicóticos ocorrem apenas durante Episódios de Humor. Assim, o primeiro passo no diagnóstico diferencial de sintomas de humor e sintomas psicóticos é pular o Módulo C (Diagnóstico diferencial de Transtornos Psicóticos) e continuar com o Módulo D (Diagnóstico diferencial de Transtornos do Humor) se todos os sintomas psicóticos estiverem restritos aos Episódios de Transtornos de Humor. Na verdade, esse critério inicial não faz parte do conjunto de critérios de nenhum transtorno do DSM-5, mas foi incluído na SCID-5-CV para permitir que o clínico pule a avaliação de Transtornos Psicóticos Não Relacionados ao Humor caso os sintomas psicóticos estejam restritos aos Episódios de Humor.

10.5.2 Classificações para Esquizofrenia (C2–C6)

Os critérios para Esquizofrenia estão apresentados na SCID em uma ordem diferente daquela do DSM-5 para maximizar a eficiência do diagnóstico. Por exemplo, o clínico pula imediatamente a seção de Esquizofrenia se a relação temporal entre os sintomas psicóticos e os sintomas de humor indicar Transtorno Esquizoafetivo ou um Transtorno Depressivo ou Transtorno Bipolar com Características Psicóticas. De maneira semelhante, o Critério C (a duração de, pelo menos, seis meses) precede o Critério B (declínio no funcionamento) para permitir que o clínico pule imediatamente a avaliação de Esquizofrenia e continue com Transtorno Esquizofreniforme caso a duração seja menor do que seis meses.

Critério A – Sintomas da fase ativa. Este critério define a fase ativa da Esquizofrenia, que é necessária, em certo ponto durante a vida do indivíduo, para que tal diagnóstico seja justificado. Observe que, em alguns casos, os sintomas da fase ativa podem ter estado presentes muitos anos antes da entrevista. Este critério exige que dois dos cinco sintomas listados do Critério A tenham estado presentes por uma parte significativa do tempo durante o período de um mês (ou “menos, se tratados com sucesso”), sendo que um desses sintomas precisa ter sido a presença de delírios, alucinações ou discurso desorganizado. O clínico precisará consultar as classificações dos sintomas psicóticos correspondentes no Módulo B para pontuar o Critério A e deverá determinar tanto uma duração mínima (i.e., foi uma parte significativa do tempo durante o período de um mês?) e o fato de que ao menos dois sintomas tenham coincidido durante o mesmo período de tempo. Observe que a inclusão da expressão “menos (tempo), se tratados com sucesso” reconhece que o julgamento clínico é necessário ao se aplicar o critério de duração. Para um paciente que foi tratado pronta e agressivamente com medicamento antipsicótico, se os outros aspectos da doença estiverem presentes de forma inequívoca, a exigência de duração de um mês é dispensada.

Critério D – Exclusão do Transtorno Esquizoafetivo. Para apresentações caracterizadas por uma mistura de sintomas de humor e sintomas psicóticos que satisfazem o Critério A para Esquizofrenia, o diagnóstico diferencial inclui Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo e Transtorno Depressivo ou Transtorno Bipolar com Características Psicóticas. Conforme discutido anteriormente, o clínico já foi instruído no rótulo de item C1 para pular o Módulo C caso os sintomas psicóticos estejam restritos aos Episódios Depressivos e Maníacos (indicando o diagnóstico de Transtorno Depressivo ou Transtorno Bipolar com Características Psicóticas), abandonando o diagnóstico diferencial para Esquizofrenia ou Transtorno Esquizoafetivo. O Critério D delinea a fronteira reconhecidamente inexata entre a Esquizofrenia e o Transtorno Esquizoafetivo – uma classificação de “SIM” neste item indica que o Transtorno Esquizoafetivo foi excluído e que o clínico continua com o Critério C de Esquizofrenia (rótulo de item C4 na página 197). Uma classificação de “NÃO” para o Critério D indica que é mais provável que o diagnóstico seja Transtorno Esquizoafetivo e que a entrevista deve continuar no rótulo de item C9, na página 198.

Os dois aspectos essenciais da fronteira entre Esquizofrenia e Transtorno Esquizoafetivo estão incorporados às duas partes diferentes do Critério D. A primeira parte operacionaliza a exigência do Transtorno Esquizoafetivo de que os Episódios de Humor ocorram concomitantemente com os sintomas da fase ativa da Esquizofrenia (o que corresponde ao Critério A do Transtorno Esquizoafetivo). Se esse não for o caso, então o Transtorno Esquizoafetivo é excluído, e o clínico pode continuar com o Critério C da Esquizofrenia (rótulo de item C4). Observe que a primeira parte do Critério D é uma dupla negativa: recomendamos que o profissional siga as instruções estabelecidas na nota abaixo do Critério D para não trilhar um caminho errado a partir daqui!

Se há um Episódio Depressivo Maior ou Maníaco ocorrendo de forma concomitante com os sintomas psicóticos (o que sugere a possibilidade de Transtorno Esquizoafetivo), o clínico deve então avaliar a segunda metade do Critério D para determinar a relação entre a duração dos Episódios de Humor e a duração total da perturbação psicótica. Se a duração total dos Episódios de Humor é menor do que 50% (i.e., uma minoria) da duração total da perturbação psicótica (incluindo períodos ativos e residuais), então o critério deve ser classificado como “SIM”, e o clínico deve continuar com a avaliação dos critérios restantes para Esquizofrenia. Se, no entanto, a duração total dos Episódios de Humor soma 50% (ou mais) da duração total da perturbação psicótica, então o Critério D é classificado como “NÃO” e o clínico procede com os critérios para Transtorno Esquizoafetivo (rótulo de item C9, página 198).

Critério C – A perturbação persiste por, pelo menos, seis meses. Em geral, o critério de duração de seis meses, o qual diferencia a Esquizofrenia do Transtorno Esquizofreniforme, é um problema apenas com pacientes que estão tendo seu primeiro surto psicótico. Observe que a duração de seis meses inclui qualquer combinação de sintomas ativos, prodrômicos e residuais. Um paciente é considerado como estando na fase prodrômica ou residual da Esquizofrenia se há sintomas negativos consideráveis que sejam equivalentes àqueles presentes durante a fase ativa (ver Critério A5 da Esquizofrenia). Alternativamente, ele pode ser considerado como estando na fase prodrômica ou residual se há versões mais suaves dos sintomas

listados nos Critérios A1-A4 da Esquizofrenia. Por exemplo, o paciente pode ter ideias supervalorizadas, ideias de referência ou pensamento mágico com conteúdo similar ao que, na fase ativa, é uma convicção delirante, embora ainda não tenha desenvolvido delírios francos ou esteja se recuperando de uma fase de delírios francos. De maneira similar, o indivíduo que vivencia alucinações durante a fase ativa pode ter experiências perceptivas raras nos períodos prodrômicos ou residuais (p. ex., ilusões recorrentes, percepções de auras, sentir uma força). O discurso desorganizado, que é incoerente durante a fase ativa, pode ser digressivo, vago ou excessivamente elaborado nos períodos prodrômicos ou residuais. O paciente pode continuar a agir de modo peculiar, mas não exibe mais comportamento grosseiramente desorganizado.

Observe que a listagem dos sintomas prodrômicos/residuais no rótulo de item C4 (p. 197) da SCID-5-CV foi adaptada a partir do texto do DSM-5 (p. 101) e da lista de sintomas prodrômicos/residuais do DSM-III-R (p. 194–195), que foi a última edição do DSM a listar explicitamente os sintomas prodrômicos/residuais.

Critério B – Falha em atingir o(s) nível(is) esperado(s) de funcionamento. As áreas de funcionamento incluem o trabalho ou a escola, as relações interpessoais e o autocuidado. O prejuízo funcional resultante dos sintomas citados é, em geral, bastante evidente a partir da Visão Geral; por isso, essa é uma pergunta que, normalmente, o clínico não precisará fazer.

Critério E – Não é decorrente de uma CMG e não é induzido por substância/medicamento. Este critério instrui o clínico a considerar e eliminar uma CMG ou substância/medicamento como fator etiológico. Veja, neste Guia do Usuário, a Seção 9, “Diferenciando Etiologias Médica Geral e de Substância/Medicamento de Transtornos Primários”, para uma discussão sobre como classificar este critério. Se o clínico decide que o diagnóstico é Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento, esse diagnóstico deve ser registrado na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, sob a rubrica Transtornos do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos. Observe que a presença de determinados sintomas psicóticos (p. ex., alucinações em modalidades diferentes da auditiva) ou de um curso atípico (p. ex., início de sintomas psicóticos após os 60 anos) sugere a possibilidade de uma etiologia de CMG ou de substância/medicamento.

Se o paciente teve um Transtorno Psicótico Primário, mas também tem sintomas psicóticos que sejam decorrentes de uma CMG ou substância/medicamento, o Transtorno Psicótico Primário e o Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica ou o Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento podem ser diagnosticados percorrendo mais de uma vez o Módulo C (i.e., uma vez para os sintomas psicóticos primários e outra para a “psicose orgânica”). Por essa razão, a seta “NÃO” que sai debaixo do rótulo de item C6 aponta para uma caixa que instrui o clínico a voltar para o rótulo de item C2 (p. 196) e percorrer o Módulo C novamente, após ter feito o diagnóstico de Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento, caso haja evidências de que o paciente também teve sintomas psicóticos em outros momentos (i.e., quando não sofria de uma CMG e/ou quando não usava substâncias/medicamentos).

10.5.3 Classificações para Transtorno Esquizofreniforme (C7–C8)

A SCID-5-CV continua neste ponto se os Critérios A e D da Esquizofrenia estiverem presentes (i.e., há sintomas da fase ativa por pelo menos um mês e o Transtorno Esquizoafetivo foi excluído) *mas* o Critério C não é verdadeiro (i.e., a duração total NÃO é maior do que seis meses).

Critério B – Duração de pelo menos um mês, porém, de menos de seis meses. É importante assegurar que os sintomas psicóticos tenham durado pelo menos um mês ao longo da avaliação de Transtorno Esquizofreniforme, visto que é possível chegar a este ponto na SCID-5-CV quando os sintomas psicóticos duraram menos de um mês (p. ex., delírios e alucinações que remiram depois de duas semanas devido ao tratamento bem-sucedido com neurolépticos). Para sintomas psicóticos com duração de menos de um mês, a SCID-5-CV pula para a avaliação de Transtorno Psicótico Breve, rótulo de item C9, na página 198.

Critério D – Não é decorrente de uma CMG e não é induzido por substância/medicamento. Este critério instrui o clínico a considerar e eliminar uma CMG ou substância/medicamento como fator etiológico. Veja, neste Guia do Usuário, a Seção 9, “Diferenciando Etiologias Médica Geral e de Substância/Medicamento de Transtornos Primários”, para uma discussão sobre como classificar este critério. Se o clínico decide que o diagnóstico é Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento, esse diagnóstico deve ser registrado na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, sob a rubrica Transtornos do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos. Observe que a presença de determinados sintomas psicóticos (p. ex., alucinações em modalidades diferentes da auditiva) ou de um curso atípico (p. ex., início de sintomas psicóticos após os 60 anos) sugere a possibilidade de uma etiologia de CMG ou de substância/medicamento.

Se o paciente teve um Transtorno Psicótico Primário, mas também tem sintomas psicóticos que sejam decorrentes de uma CMG ou substância/medicamento, o Transtorno Psicótico Primário e o Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica ou o Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento podem ser diagnosticados percorrendo mais de uma vez o Módulo C (i.e., uma vez para os sintomas psicóticos primários e outra para a “psicose orgânica”). Por essa razão, a seta “NÃO” que sai debaixo do rótulo de item C8 aponta para uma caixa que instrui o clínico a voltar para o rótulo de item C2 (p. 196) e percorrer o Módulo C novamente, após ter feito o diagnóstico de Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento, caso haja evidências de que o paciente também teve sintomas psicóticos em outros momentos (i.e., quando não sofria de uma CMG e/ou quando não usava substâncias/medicamentos).

10.5.4 Classificações para Transtorno Esquizoafetivo (C9–C12)

A entrevista SCID-5-CV recomeça neste ponto se o que vem a seguir se aplica:

1. O Critério A para Esquizofrenia (rótulo de item C2) é classificado como “SIM” (i.e., sintomas da fase ativa por pelo menos um mês); e
2. Tanto o Critério D1 como o Critério D2 para Esquizofrenia estão ausentes; dessa forma, o rótulo de item C3 é classificado como “NÃO” (i.e., há um período de

sobreposição entre Episódios de Humor e sintomas psicóticos E a duração total dos Episódios de Humor é 50% ou mais do total da duração da perturbação).

Critério A – Duração. Supõe-se que a duração mínima de um Episódio Depressivo Maior ou Episódio Maníaco se aplique, embora não exista, neste critério, qualquer referência explícita quanto à duração mínima. Portanto, o período de sintomas de humor e sintomas psicóticos se sobrepondo deve ser de pelo menos duas semanas para um Episódio Depressivo Maior, ou de uma semana para um Episódio Maníaco. As durações reais dos Episódios de Humor no Transtorno Esquizoafetivo são, em geral, muito maiores, incluindo meses ou mesmo anos.

Pode ser um desafio clínico determinar o grau no qual um sintoma específico é atribuível a um Episódio de Humor, ao Critério A da Esquizofrenia, ao efeito colateral de um medicamento ou a alguma combinação dos três. Por exemplo, os sintomas depressivos podem ser difíceis de distinguir dos sintomas negativos ou dos efeitos colaterais de um medicamento antipsicótico, e pode ser difícil determinar se o comportamento excitado e desorganizado faz parte do Critério A da Esquizofrenia ou se é característico de um Episódio Maníaco. Por essa razão, os Episódios Depressivos Maiores que ocorrem como parte do Transtorno Esquizoafetivo devem, por definição, ser caracterizados pela presença de humor deprimido, e não apenas por seu sintoma alternativo, interesse ou prazer em atividades diminuído (o que pode ser indistinguível da anedonia, um sintoma negativo típico).

Critério B – Delírios ou alucinações na ausência de Episódios de Humor. Este critério garante que os delírios ou alucinações duraram pelo menos duas semanas na ausência de um Episódio Maníaco ou Depressivo Maior. O Critério B serve, teoricamente, para distinguir o Transtorno Esquizoafetivo do Transtorno de Humor com Características Psicóticas, pois, no Transtorno Bipolar ou Transtorno Depressivo Maior com Características Psicóticas prototípico, os sintomas psicóticos estão completamente restritos aos episódios de Transtorno de Humor. Entretanto, considerando que o clínico já perguntou se todos os sintomas psicóticos do paciente estavam restritos aos Episódios Maníacos ou Depressivos Maiores (rótulo de item C1), uma classificação como “NÃO” para o Critério B (rótulo de item C10) indica que quaisquer sintomas psicóticos que tenham ocorrido fora dos Episódios de Humor duraram menos do que duas semanas – excluindo, assim, tanto o Transtorno de Humor com Características Psicóticas como o Transtorno Esquizoafetivo. Esses casos (i.e., aqueles classificados como “NÃO”) são diagnosticados como Outro Transtorno Psicótico Especificado.

Critério C – Episódios de Humor presentes na maior parte do tempo. Este item é o inverso do Critério D2 para Esquizofrenia (i.e., “se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve [i.e., menos de 50%] em relação aos períodos ativo e residual da doença”) e, por isso, ele exige que a duração total dos Episódios de Humor tenha sido de 50% ou mais da duração total da perturbação. Teoricamente, não deve ser possível fazer uma classificação diferente de “SIM”, porque o clínico normalmente não chega a este ponto da SCID-5-CV a menos que o Critério D2 em Esquizofrenia tenha sido classificado como “NÃO”. Se, por alguma razão, esse não foi o caso, então o diagnóstico será Outro Transtorno Psicótico Especificado.

Critério D – Não é decorrente de uma CMG e não é induzido por substância/medicamento. Este critério instrui o clínico a considerar e eliminar uma CMG ou substância/medicamento como fator etiológico. Veja a Seção 9, “Diferenciando Etiologias Médica Geral e de Substância/Medicamento de Transtornos Primários”, para uma discussão sobre como classificar este critério. Se o clínico decide que o diagnóstico é Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento, esse diagnóstico deve ser registrado na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, sob a rubrica Transtornos do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos. Observe que a presença de determinados sintomas psicóticos (p. ex., alucinações em modalidades diferentes da auditiva) ou de um curso atípico (p. ex., início de sintomas psicóticos após os 60 anos) sugere a possibilidade de uma etiologia de CMG ou de substância/medicamento.

Se o paciente teve um Transtorno Psicótico Primário, mas também tem sintomas psicóticos que sejam decorrentes de uma CMG ou substância/medicamento, o Transtorno Psicótico Primário e o Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica ou o Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento podem ser diagnosticados percorrendo mais de uma vez o Módulo C (i.e., uma vez para os sintomas psicóticos primários e outra para a “Psicose Orgânica”). Por essa razão, a seta “NÃO” que sai debaixo do rótulo de item C12 aponta para uma caixa que instrui o clínico a voltar para o item C2 (p. 196) e percorrer o Módulo C novamente, após ter feito o diagnóstico de Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento, caso haja evidências de que o paciente também teve sintomas psicóticos em outros momentos (i.e., quando não sofria de uma CMG e/ou quando não usava substâncias/medicamentos).

10.5.5 Classificações para Transtorno Delirante (C13–C18)

A entrevista SCID-5-CV continua neste ponto se o Critério A para Esquizofrenia não for satisfeito (conforme avaliado no rótulo de item C2; i.e., dois ou mais dos cinco sintomas da fase ativa jamais estiveram presentes durante o mesmo período de um mês) – assim excluindo Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme e Transtorno Esquizoafetivo.

Critério A – Delírios por um mês ou mais. O Transtorno Delirante requer pelo menos um mês de delírios que ocorram, em geral, na ausência de outros sintomas psicóticos. Se as crenças distorcidas do paciente, contudo, são restritas à sua aparência ou às temidas consequências de não desempenhar uma compulsão, o clínico deve considerar se os delírios são mais bem explicados por um diagnóstico de Transtorno Dismórfico Corporal ou Transtorno Obsessivo-compulsivo, com *insight* ausente/crenças delirantes. Se concluir que sim, o profissional deve, então, pular a avaliação de Transtorno Delirante e continuar com o rótulo de item D1 (Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor).

Critério B – Critério A para Esquizofrenia jamais foi satisfeito. Não houve nunca um período que tenha durado um mês ou mais em que sintomas da fase ativa da Esquizofrenia tenham sido concomitantes com os delírios. Uma exceção a este requisito é feita para alucinações táteis ou olfativas crônicas que estejam tematicamente relacionadas ao delírio (p. ex., um paciente que tem a percepção de estar emitindo um odor corporal ruim relacionado ao delírio de que os vizinhos o estejam evitando).

Critério C – Sem outros sintomas ou prejuízo. Em contraste com a Esquizofrenia, um indivíduo com Transtorno Delirante muitas vezes parece não ter qualquer doença mental, contanto que o clínico não tenha tocado no sistema delirante.

Critério D – Os Episódios de Humor são breves em relação à perturbação delirante. Análogo ao Critério D da Esquizofrenia, este critério orienta o diagnóstico diferencial para indivíduos com Episódios de Humor e delírios de longa data. Se o paciente teve Episódios de Humor que tenham sido relativamente breves comparados à duração total dos delírios, então o diagnóstico é consistente com Transtorno Delirante, e o clínico é instruído a codificar com “SIM” e continuar com a avaliação dos demais critérios de Transtorno Delirante. Por exemplo, delírios persistentes e proeminentes por muitos anos, com apenas Episódios de Humor ocasionais e relativamente breves, seriam diagnosticados como Transtorno Delirante. Se os Episódios de Humor não forem breves comparados à duração dos delírios, o diagnóstico diferencial fica entre 1) Transtorno do Humor com Características Psicóticas, se os delírios ocorrem apenas durante Episódios de Humor; ou 2) outro Transtorno Psicótico Especificado, para apresentações em que os Episódios de Humor não são breves e, mesmo assim, há períodos em que o paciente fica delirante na ausência de sintomas de humor significativos. (O Transtorno Esquizoafetivo não é um dos diagnósticos diferenciais; ele requer que os sintomas psicóticos satisfaçam o Critério A da Esquizofrenia, exigindo, assim, sintomas psicóticos em acréscimo aos delírios.) Considerando que o Módulo C começou fazendo com que o clínico avaliasse se os sintomas psicóticos ocorreram apenas durante os Episódios de Humor (em cujo caso o clínico foi instruído a ir diretamente para o Módulo D), as únicas apresentações que permanecem são os delírios com Episódios de Humor que não foram breves; assim, uma classificação de “NÃO” para o Critério D resulta em um salto para Outro Transtorno Psicótico Especificado.

Critério E – Não é decorrente de uma CMG e não é induzido por substância/medicamento ou decorrente de outro transtorno mental. A primeira parte deste critério instrui o clínico a considerar e eliminar uma CMG ou substância/medicamento como fator etiológico. Veja a Seção 9, “Diferenciando Etiologias Médica Geral e de Substância/Medicamento de Transtornos Primários”, para uma discussão sobre como classificar este critério. Se o clínico decide que o diagnóstico é Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento, esse diagnóstico deve ser registrado na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, sob a rubrica Transtornos do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos. Observe que a presença de certos sintomas psicóticos (p. ex., alucinações em modalidades diferentes da auditiva) ou de um curso atípico (p. ex., início de sintomas psicóticos após os 60 anos) sugere a possibilidade de uma etiologia de CMG ou de substância/medicamento.

Se o paciente teve um Transtorno Psicótico Primário, mas também tem sintomas psicóticos decorrentes de uma CMG ou substância/medicamento, o Transtorno Psicótico Primário e o Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica ou o Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento podem ser diagnosticados percorrendo mais de uma vez o Módulo C (i.e., uma vez para os sintomas psicóticos primários e outra para a “psicose orgânica”). Por essa razão, a seta “NÃO” que sai debaixo do rótulo de item C17 aponta para uma caixa que instrui o clínico a voltar para o rótulo de item C2 (p. 196) e percorrer o Módulo C novamente, após ter feito o diagnóstico de Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento,

caso haja evidências de que o paciente também teve sintomas psicóticos em outros momentos (i.e., quando não sofria de uma CMG e/ou quando não usava substâncias/medicamentos).

A segunda parte lembra o clínico de não fazer o diagnóstico de Transtorno Delirante se os sintomas são mais bem explicados por outro transtorno mental. Formas delirantes do TOC e Transtorno Dismórfico Corporal já foram excluídas por meio da instrução para pular que aparece no início da avaliação de Transtorno Delirante. Observe que as formas delirantes do Transtorno de Ansiedade de Doença (p. ex., estar convencido de que se está morrendo de um tumor cerebral, apesar da ausência de evidências médicas que sustentem essa crença) estão incluídas no Transtorno Delirante e não excluídas (i.e., não há um especificador “com *insight* ausente/crenças delirantes” associado a esse transtorno).

10.5.6 Classificações para Transtorno Psicótico Breve (C19–C21)

Este diagnóstico se aplica a episódios psicóticos que duram pelo menos um dia, mas menos de um mês, e não fazem parte de um Transtorno do Humor, de qualquer um dos Transtornos Psicóticos mais específicos descritos anteriormente ou de um Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento.

10.5.7 Classificações para Outro Transtorno Psicótico Especificado (C22–C24)

O parágrafo que define esse transtorno (DSM-5, p. 122) foi convertido em um conjunto de três classificações inclusas na SCID-5-CV. Observe que o nome completo desta categoria residual é Outro Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Especificado no DSM-5, mas foi simplificado para Outro Transtorno Psicótico Especificado para os propósitos da SCID. Além disso, Outro Transtorno Psicótico Especificado combina as categorias do DSM-5 de outro Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Especificado e Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Não Especificado, dado que a diferença depende inteiramente de questões de codificação e registro (i.e., “outro especificado” é aplicado se o clínico escolhe indicar a razão pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para um Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico, e “não especificado” é aplicado se ele decide *não* indicar a razão). Assim, o clínico irá diferenciar entre as categorias de “outro especificado” e “não especificado” apenas na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico.

Sintomas característicos de um Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico. Esta categoria se destina a apresentações “características” de um Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico que predominam no quadro clínico (i.e., anormalidades em um dos cinco domínios que definem os Transtornos do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos: delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento motor desorganizado ou anormal e sintomas negativos).

Os sintomas causam prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo. Este item esclarece que a categoria, como todas as categorias de “outro especificado”, deve satisfazer

o requisito básico de que os sintomas sejam suficientemente graves para ter impacto negativo na vida do paciente.

Não é decorrente de uma CMG e não é induzido por substância/medicamento. Este item instrui o clínico a considerar e eliminar uma CMG ou substância/medicamento como um fator etiológico. Veja a Seção 9, “Diferenciando Etiologias Médica Geral e de Substância/Medicamento de Transtornos Primários”, para uma discussão sobre como classificar este critério. Se o clínico decide que o diagnóstico é Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento, esse diagnóstico deve ser registrado na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, sob a rubrica Transtornos do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos.

10.5.8 Classificações para cronologia de Transtornos Psicóticos (C25–C30)

Depois de fazer o diagnóstico de um dos Transtornos do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos, o clínico é direcionado a esta seção de cronologia para determinar se o transtorno é atual ou não, uma decisão para a qual não há orientação explícita no DSM-5. Exigir que todos os critérios sejam satisfeitos pela totalidade no último mês, como é feito para outros transtornos na SCID-5-CV, não funciona para os Transtornos Psicóticos. Assim, os limiares de duração mínima que fazem parte dos critérios diagnósticos de vários Transtornos do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos não são aplicados para determinar se a condição é “atual”. Após consultar o Grupo de Trabalho dos Transtornos Psicóticos do DSM-5, foram adotados na SCID-5-CV os critérios específicos aos transtornos e indicativos de doença ativa a seguir:

1. **Esquizofrenia** (rótulo de item C25) – O transtorno é considerado atual se os critérios da fase ativa são satisfeitos por qualquer período do último mês.
2. **Transtorno Esquizofreniforme** (rótulo de item C26) – O transtorno é considerado atual se os critérios da fase ativa são satisfeitos por qualquer período do último mês.
3. **Transtorno Esquizoafetivo** (rótulo de item C27) – O transtorno é considerado atual se AMBOS os sintomas que satisfazem os critérios para um Episódio Maníaco ou Depressivo Maior (exceto pela duração) são concomitantes com os sintomas que satisfazem o Critério A de Esquizofrenia em algum ponto do último mês OU houve delírios ou alucinações na ausência de um Episódio Maníaco ou Depressivo Maior no último mês.
4. **Transtorno Delirante** (rótulo de item C28) – O transtorno é considerado atual se os delírios estão presentes em qualquer momento do último mês.
5. **Transtorno Psicótico Breve** (rótulo de item C29) – O transtorno é considerado atual se delírios, alucinações ou discurso desorganizado estão presentes em algum momento do último mês.
6. **Outro Transtorno Psicótico Especificado** (rótulo de item C30) – O transtorno é considerado atual se houve sintomas psicóticos no último mês.

Para cada um desses transtornos, se os critérios forem satisfeitos para que sejam considerados “atuais”, uma classificação como “SIM” deve ser feita, indicando que o diagnóstico de Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno

Psicótico é atual, e a caixa “Atual” deve ser marcada na linha apropriada da Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico. Se os critérios atuais *não* forem satisfeitos, o item deve ser classificado como “NÃO” (indicando uma história anterior do diagnóstico), e a caixa “História anterior” deve ser marcada na linha apropriada da Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico.

Na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, a linha aplicável para Outro Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Especificado ou Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Não Especificado depende de o diagnóstico do DSM-5 ser Outro Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Especificado *ou* Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Não Especificado. O diagnóstico deve ser Outro Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Especificado (e a caixa correspondente da Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico deve ser marcada) se o clínico escolher indicar na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, no espaço oferecido para registrar o motivo, por que a apresentação não satisfaz os critérios para um Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Específico. Do contrário, o diagnóstico deve ser Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Não Especificado, e a caixa correspondente na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico deve ser marcada.

10.6 Módulo D. Diagnóstico diferencial de Transtornos do Humor

Enquanto o Módulo A classifica os Episódios Depressivos Maiores, Maníacos e Hipomaníacos, este registra Transtorno Bipolar Tipo I, Transtorno Bipolar Tipo II, Outro Transtorno Bipolar Especificado (incluindo Transtorno Ciclotímico), Transtorno Depressivo Maior e Outro Transtorno Depressivo Especificado. O clínico deve avançar por este módulo se 1) houve um ou mais Episódios de Humor Atual e Anterior (do Módulo A) e nem todos esses Episódios de Humor foram incluídos como parte de um diagnóstico de Transtorno Esquizoafetivo (do Módulo C); OU 2) houve sintomas de humor clinicamente significativos que não satisfizeram os critérios para um Episódio de Humor ou Transtorno do Humor, como o Transtorno Depressivo Persistente. O contrário dessas condições é expresso na instrução para pular no início do Módulo D, rótulo de item D1 (i.e., “Se nunca houve quaisquer sintomas de humor clinicamente significativos ou se todos os sintomas de humor são explicados por um diagnóstico de Transtorno Esquizoafetivo”, o clínico é instruído a pular para o Módulo E [Transtornos por Uso de Substâncias], rótulo de item E1). Como no Módulo C, a tarefa no Módulo D é avaliar se os critérios específicos para Transtornos do Humor são satisfeitos com base nas informações reunidas nos Módulos A, B e C.

10.6.1 Classificações para Transtorno Bipolar Tipo I (D2–D3)

Critério A – Pelo menos um Episódio Maníaco. O requisito mínimo para o diagnóstico de Transtorno Bipolar Tipo I é um Episódio Maníaco durante a vida do paciente. Assim, este item é classificado como “SIM” se houve um Episódio Maníaco Atual ou um Episódio Maníaco Anterior no Módulo A.

Critério B – A ocorrência dos Episódios de Humor não é mais bem explicada pelo Transtorno Esquizoafetivo ou por Outro Transtorno Psicótico. Se um transtorno psicótico já

foi diagnosticado no Módulo C, o fato de um diagnóstico comórbido de Transtorno Bipolar Tipo I ser dado ou não depende de os Episódios Maníacos terem ocorrido *em acréscimo ao* Transtorno Esquizoafetivo ou a Outro Transtorno Psicótico. Considerando que a presença de um Episódio Maníaco é incluída na definição de Transtorno Esquizoafetivo, os Episódios Maníacos que ocorrem no contexto de um diagnóstico de Transtorno Esquizoafetivo são considerados como “explicados” pelo Transtorno Esquizoafetivo e não contam para o diagnóstico de Transtorno Bipolar Tipo I. Quando aplicada a outros transtornos psicóticos, como Esquizofrenia e Transtorno Delirante, a interpretação de “mais bem explicado por” é menos clara. A versão do DSM-IV deste critério tratava o Transtorno Esquizoafetivo e os outros transtornos psicóticos de modo diferente, excluindo um diagnóstico de Transtorno Bipolar Tipo I se os Episódios Maníacos estivessem “sobrepostos à Esquizofrenia, ao Transtorno Esquizofreniforme, ao Transtorno Delirante ou ao Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação” (p. 388). Isso foi interpretado como se os Episódios Maníacos não contassem para o diagnóstico de Transtorno Bipolar Tipo I caso tivessem ocorrido durante o curso de um transtorno psicótico, necessitando de um diagnóstico de Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação para indicar Episódios Maníacos sobrepostos. No DSM-5, o uso de “mais bem explicado por” no lugar de “sobrepostos a” (e a ausência de qualquer texto do DSM-5 indicando o contrário) sugere que os Episódios Maníacos que ocorrem durante um transtorno psicótico diferente do Transtorno Esquizoafetivo poderiam contar para um diagnóstico de Transtorno Bipolar Tipo I, justificando, assim, diagnósticos comórbidos de Transtorno Psicótico e de Transtorno Bipolar Tipo I.

Tipo de episódio atual (ou mais recente). A avaliação de Transtorno Bipolar Tipo I termina com o clínico classificando o tipo do episódio atual (ou do episódio mais recente, se o Transtorno Bipolar Tipo I estiver em remissão). O tipo de episódio é usado na determinação do código diagnóstico para Transtorno Bipolar Tipo I, que é registrado mais adiante na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico. Quatro tipos de episódios podem ser indicados: Maníacos, Depressivos Maiores, Hipomaníacos e Não Especificados. Um episódio é considerado “não especificado” caso todos os critérios, exceto a duração, sejam satisfeitos para um Episódio Maníaco, Depressivo Maior ou Hipomaníaco. Observe que, caso os critérios sejam satisfeitos tanto para o Episódio Maníaco como para o Depressivo Maior, o episódio atual (ou mais recente) é considerado maníaco.

10.6.2 Classificações para Transtorno Bipolar Tipo II (D4–D7)

Critério A – Pelo menos um Episódio Hipomaníaco e, pelo menos, um Episódio Depressivo Maior. O requisito mínimo para o diagnóstico de Transtorno Bipolar Tipo II é um Episódio Hipomaníaco e um Episódio Depressivo Maior durante a vida do paciente. Assim, este item é classificado como “SIM” se houve um Episódio Depressivo Maior Atual ou Anterior, bem como um Episódio Hipomaníaco Atual ou Anterior no Módulo A.

Critério B – Jamais ocorreram Episódios Maníacos. Embora o esquema para pular o Módulo D deva evitar que o clínico chegue à avaliação de Transtorno Bipolar Tipo II caso já tenha havido Episódios Maníacos, este item é mantido apenas por segurança.

Critério C – A ocorrência dos Episódios Hipomaníaco e Depressivo Maior não é mais bem explicada por Transtorno Esquizoafetivo ou Outro Transtorno Psicótico. Se um transtorno psicótico já foi diagnosticado no Módulo C, o fato de um diagnóstico comórbido de

Transtorno Bipolar Tipo II ser dado ou não depende de os Episódios Hipomaniaco e Depressivo Maior terem ocorrido *em acréscimo ao* Transtorno Esquizoafetivo ou a outro transtorno psicótico. Considerando que a presença de um Episódio Depressivo Maior é incluída na definição de Transtorno Esquizoafetivo, os episódios que ocorrem no contexto de um diagnóstico de tal transtorno são considerados como “explicados” pelo Transtorno Esquizoafetivo e não contam para o diagnóstico de Transtorno Bipolar Tipo II. Quando aplicada a outros transtornos psicóticos, como Esquizofrenia e Transtorno Delirante, a interpretação de “mais bem explicado por” é menos clara. A versão do DSM-IV deste critério tratava o Transtorno Esquizoafetivo e os outros transtornos psicóticos de modo diferente, excluindo um diagnóstico de Transtorno Bipolar Tipo II se os Episódios Depressivos Maiores e os Episódios Hipomaniacos estivessem “sobrepostos à Esquizofrenia, ao Transtorno Esquizofreniforme, ao Transtorno Delirante ou ao Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação” (p. 397). Isso foi interpretado como se os Episódios Depressivos Maiores e os Episódios Hipomaniacos não contassem para o diagnóstico de Transtorno Bipolar Tipo II caso tivessem ocorrido durante o curso de um transtorno psicótico, necessitando de um diagnóstico de Transtorno Bipolar Sem Outra Especificação para indicar Episódios Hipomaniacos e Depressivos Maiores sobrepostos. O uso de “mais bem explicado por” no lugar de “sobrepostos a” (e a ausência de qualquer texto do DSM-5 indicando o contrário) sugere que, no DSM-5, os Episódios Depressivos Maiores e os Episódios Hipomaniacos que ocorrem durante um transtorno psicótico diferente do Transtorno Esquizoafetivo podem contar para um diagnóstico de Transtorno Bipolar Tipo II, justificando, assim, diagnósticos comórbidos de Transtorno Psicótico e de Transtorno Bipolar Tipo II.

Critério D – A depressão ou a imprevisibilidade causa sofrimento e prejuízo. No Transtorno Bipolar Tipo II, o prejuízo ou o sofrimento clinicamente significativo exigido pode surgir tanto dos próprios Episódios Depressivos Maiores, que muitas vezes são bastante graves, quanto da imprevisibilidade da alternância entre depressão e hipomania. Os Episódios Hipomaniacos não causam, por si próprios, sofrimento ou prejuízo.

10.6.3 Classificações para Outro Transtorno Bipolar Especificado (D8–D10)

Se houver sintomas característicos de um Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado que não satisfaçam os critérios para um Transtorno Bipolar Tipo I ou Tipo II, então, deve-se considerar Outro Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Especificado. O parágrafo que define Outro Transtorno Bipolar Especificado (DSM-5, p. 148) foi convertido em um conjunto de três classificações na SCID-5-CV. O diagnóstico combina as categorias do DSM-5 de Outro Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Especificado e Outro Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Não Especificado, dado que a diferença depende inteiramente de questões de codificação e registro (i.e., “outro especificado” é aplicado se o clínico escolhe indicar a razão pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Específico, e “não especificado” é aplicado se ele escolhe *não* indicar a razão). Assim, o clínico diferencia entre as categorias de “outro especificado” e “não especificado” apenas na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico. Considerando

que a categoria do DSM-5 Transtorno Ciclotímico não está incluída na SCID-5-CV, os pacientes cujos sintomas satisfazem os critérios para Transtorno Ciclotímico seriam diagnosticados como Outro Transtorno Bipolar Especificado na SCID-5-CV.

Sintomas característicos de Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado. Este item indica que esta categoria é destinada para apresentações que incluam períodos de humor proeminentemente elevado, eufórico ou irritável que não satisfaçam os critérios para Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados (i.e., Transtorno Bipolar Tipo I ou Transtorno Bipolar Tipo II). Visto que a categoria do DSM-5 Transtorno Ciclotímico não está incluída na SCID-5-CV, os pacientes cujos sintomas satisfazem os critérios para Transtorno Ciclotímico seriam diagnosticados como Outro Transtorno Bipolar Especificado na SCID-5-CV.

Os sintomas causam prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo. Este item esclarece que esta categoria, como todas as categorias de “outro especificado”, precisa satisfazer o requisito básico de que os sintomas sejam suficientemente graves para ter impacto negativo na vida do paciente.

Não é decorrente de uma CMG e não é induzido por substância/medicamento. Este item instrui o clínico a considerar e eliminar uma CMG ou substância/medicamento como fator etiológico para os sintomas bipolares e os sintomas relacionados, em cujo caso um Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento é diagnosticado. Veja a Seção 9, “Diferenciando Etiologias Médica Geral e de Substância/Medicamento de Transtornos Primários”, para uma discussão sobre como classificar este critério. Se o clínico decide que o diagnóstico é Transtorno Bipolar Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Bipolar Induzido por Substância/Medicamento, esse diagnóstico deve ser registrado na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico.

10.6.4 Classificações para Transtorno Depressivo Maior (D11–D13)

Pelo menos um Episódio Depressivo Maior. O requisito mínimo para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior é um Episódio Depressivo Maior durante a vida do paciente. Não há um único critério que especifique isso no conjunto de critérios do Transtorno Depressivo Maior do DSM-5. Seus primeiros três critérios são idênticos aos Critérios A, B e C de um Episódio Depressivo Maior e, dessa foram, foram combinados em um único item na SCID-5-CV.

Critério D – A ocorrência não é mais bem explicada por Transtorno Esquizoafetivo ou Outro Transtorno Psicótico. Se um transtorno psicótico já foi diagnosticado no Módulo C, o fato de um diagnóstico comórbido de Transtorno Depressivo Maior ser dado ou não depende de os Episódios Depressivos Maiores terem ocorrido *em acréscimo ao* Transtorno Esquizoafetivo ou a Outro Transtorno Psicótico. Considerando que a presença de um Episódio Depressivo Maior está incluída na definição de Transtorno Esquizoafetivo, os Episódios Depressivos Maiores que ocorrem no contexto desse diagnóstico são considerados como “explicados” pelo Transtorno Esquizoafetivo e não contam para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior. Quando aplicada a outros transtornos psicóticos, como Esquizofrenia e Transtorno Delirante, a inter-

pretação de “mais bem explicado por” é menos clara. A versão do DSM-IV desse critério trata o Transtorno Esquizoafetivo e os Outros Transtornos Psicóticos de modo diferente, excluindo um diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior se os Episódios Depressivos Maiores estivessem “sobrepostos à Esquizofrenia, ao Transtorno Esquizofreniforme, ao Transtorno Delirante ou ao Transtorno Psicótico Sem Outra Especificação”. Isso foi interpretado como se os Episódios Depressivos Maiores não contassem para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior caso tivessem ocorrido durante o curso de um transtorno psicótico, necessitando de um diagnóstico de Transtorno Depressivo Sem Outra Especificação para indicar Episódios Depressivos Maiores sobrepostos. No DSM-5, o uso de “mais bem explicado por” no lugar de “sobrepostos a” (e a ausência de qualquer texto do DSM-5 indicando o contrário) sugere que os Episódios Depressivos Maiores que ocorrem durante um Transtorno Psicótico diferente do Transtorno Esquizoafetivo podem contar para um diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, justificando, assim, diagnósticos comórbidos de Transtorno Psicótico e de Transtorno Depressivo Maior.

Critério E – Jamais ocorreram Episódios Maníacos ou Hipomaníacos. Embora o esquema para pular o Módulo D deva evitar que o clínico chegue à avaliação de Transtorno Depressivo Maior (rótulo de item D11) caso tenha havido Episódios Maníacos ou Hipomaníacos, este item é mantido apenas por segurança.

Episódio único ou episódios recorrentes. A avaliação de Transtorno Depressivo Maior conclui com o clínico classificando se um único episódio ou episódios recorrentes ocorrem. O tipo de episódio é usado na determinação do código diagnóstico para Transtorno Depressivo Maior, que é registrado mais adiante na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico. Observe que, para esse transtorno ser considerado recorrente, o clínico precisa apenas determinar que houve um período com duração de pelo menos dois meses em que a sintomatologia depressiva tenha ficado consistentemente abaixo do limiar de cinco sintomas para um Episódio Depressivo Maior (i.e., uma remissão parcial); não é necessário um período de dois meses de remissão completa para que se identifique uma “recorrência”.

10.6.5 Classificações para Outro Transtorno Depressivo Especificado (D14–D16)

Deve-se considerar Outro Transtorno Depressivo Especificado caso haja sintomas característicos de um Transtorno Depressivo que não satisfaçam os critérios para Outro Transtorno Depressivo ou para Transtorno de Adaptação. O parágrafo que define esse transtorno (DSM-5, p. 183) foi convertido em um conjunto de três classificações inclusas na SCID-5-CV. Outro Transtorno Depressivo Especificado combina as categorias do DSM-5 de Outro Transtorno Depressivo e Transtorno Relacionado Especificado e Outro Transtorno Depressivo e Transtorno Relacionado Não Especificado, dado que a diferença depende inteiramente de questões de codificação e registro (i.e., “outro especificado” é aplicado se o clínico escolhe indicar a razão pela qual a apresentação não satisfaz os critérios para Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Específico, e “não especificado” é aplicado se ele escolhe *não* indicar a razão). Assim, o clínico irá diferenciar entre as categorias de “outro especificado” e “não especificado” apenas na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico.

Sintomas característicos de Transtorno Depressivo. Este item indica que a categoria é destinada a apresentações que incluam períodos de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer proeminentes que não satisfaçam todos os critérios para Transtorno Depressivo Maior, Transtorno Depressivo Persistente, Transtorno Disfórico Pré-menstrual ou Transtorno de Adaptação com Humor Deprimido ou Transtorno de Adaptação com Misto de Ansiedade e Depressão. Observe que, por um erro, a frase que exclui o Transtorno de Adaptação com Humor Deprimido e o Transtorno de Adaptação com Misto de Ansiedade e Depressão ficou de fora do DSM-5 e foi restaurada aqui, na SCID-5-CV. Considerando que o Transtorno de Adaptação ainda não foi diagnosticado neste ponto, o clínico talvez precise voltar aqui e revisar esta classificação caso os critérios sejam posteriormente satisfeitos para Transtorno de Adaptação com Humor Deprimido ou Transtorno de Adaptação com Misto de Ansiedade e Depressão.

Os sintomas causam prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo. Este item esclarece que esta categoria, como todas as categorias de “outro especificado”, precisa satisfazer o requisito básico de que os sintomas sejam suficientemente graves para ter impacto negativo na vida do paciente.

Não é decorrente de uma CMG e não é induzido por substância/medicamento. Este item instrui o clínico a considerar e eliminar uma CMG ou substância/medicamento como fator etiológico para os sintomas depressivos, em cujo caso um Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento é diagnosticado. Veja a Seção 9, “Diferenciando Etiologias Médica Geral e de Substância/Medicamento de Transtornos Primários”, para uma discussão sobre como classificar este critério. Se o clínico decide que o diagnóstico é Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento, esse diagnóstico deve ser registrado na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, sob a rubrica Transtornos Depressivos.

10.6.6 Classificações para cronologia de Transtorno Bipolar Tipo I e Transtorno Bipolar Tipo II (D17–D23)

O clínico é levado a esta seção de cronologia após fazer um diagnóstico de Transtorno Bipolar Tipo I, Transtorno Bipolar Tipo II ou Outro Transtorno Bipolar Especificado. O primeiro passo para o clínico é selecionar o item adequado, com base no diagnóstico e no tipo do episódio atual (ou mais recente), bem como classificar se os critérios foram satisfeitos durante o último mês, como a seguir:

Transtorno Bipolar Tipo I. Episódio Maníaco Atual ou Mais Recente (rótulo de item D17). Se os critérios sintomáticos forem satisfeitos para um Episódio Maníaco durante o último mês, o clínico deve fazer a classificação de “SIM” no rótulo de item D17, indicando que o Transtorno Bipolar Tipo I é atual. Observe que pelo menos toda a duração mínima exigida (i.e., uma semana para o Episódio Maníaco) deve ter ocorrido durante as últimas quatro semanas para que o transtorno seja considerado atual. Na sequência, o clínico deve seguir a seta para baixo, até a caixa em que o diagnóstico é marcado com base na gravidade atual (leve, moderada, grave) e na presença de sintomas psicóticos, e, então, marcar a caixa “Atual” adequada na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico. Se os critérios sintomáticos não forem

satisfeitos no último mês, o rótulo de item D17 deve ser classificado como “NÃO”, e o clínico deve, então, seguir a seta para baixo e à esquerda, até a caixa em que o diagnóstico é marcado com base no grau de remissão (Em remissão parcial, Em remissão completa). A seguir, deve-se marcar a caixa “História anterior” adequada na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico.

Episódio Depressivo Maior Atual ou Mais Recente (rótulo de item D18). Se os critérios sintomáticos forem satisfeitos para um Episódio Depressivo Maior durante o último mês, o clínico deve fazer a classificação de “SIM” no rótulo de item D18, indicando que o Transtorno Bipolar Tipo I é atual. Observe que pelo menos toda a duração mínima exigida (i.e., duas semanas para o Episódio Depressivo Maior) deve ter ocorrido durante as últimas quatro semanas para que o transtorno seja considerado atual. Na sequência, o clínico deve seguir a seta para baixo, até a caixa em que o diagnóstico é marcado com base na gravidade atual (leve, moderada, grave) e na presença de sintomas psicóticos, e, então, marcar a caixa “Atual” adequada na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico. Se os critérios sintomáticos não forem satisfeitos no último mês, o rótulo de item D18 deve ser classificado como “NÃO”, e o clínico deve seguir a seta para baixo e à esquerda, até a caixa em que o diagnóstico é marcado com base no grau de remissão (Em remissão parcial, Em remissão completa). A seguir, deve-se marcar a caixa “História anterior” adequada na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico. Observe que, se todos os critérios para um Episódio Maníaco foram simultaneamente satisfeitos, se considera que o paciente tem um Episódio Maníaco Atual, com características mistas, que deve ser classificado como “SIM” no rótulo de item D17; a classificação do Episódio Depressivo Maior para o rótulo de item D18 seria “NÃO”. Essa abordagem diagnóstica segue o Critério C do DSM-5 para o especificador “Com características mistas”:

Para indivíduos cujos sintomas satisfazem todos os critérios de mania e depressão simultaneamente, o diagnóstico deve ser de episódio maníaco, com características mistas, devido ao prejuízo acentuado e à gravidade clínica da mania plena. (p. 150)

Uma vez que a SCID-5-CV inclui apenas aqueles especificadores que podem ser codificados, não há uma classificação para o especificador “Com características mistas” para o Episódio Maníaco Atual, já que esse especificador não possui código diagnóstico.

Episódio Hipomaníaco Atual ou Mais Recente (rótulo de item D19). Se os critérios sintomáticos forem satisfeitos para um Episódio Hipomaníaco durante o último mês, o clínico deve fazer a classificação de “SIM” no rótulo de item D19, indicando que o Transtorno Bipolar Tipo I é atual. Observe que pelo menos toda a duração mínima exigida (i.e., quatro dias para o Episódio Hipomaníaco) deve ter ocorrido durante as últimas quatro semanas para que o transtorno seja considerado atual. Na sequência, o clínico deve seguir a seta para baixo, até a caixa em que o diagnóstico é marcado, e, então, marcar a caixa “Atual” na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico. Se os critérios sintomáticos não forem satisfeitos no último mês, o rótulo de item D19 deve ser classificado como “NÃO”, e o clínico deve seguir a seta para baixo e à esquerda, até a caixa em que o diagnóstico é marcado com base no grau de remissão (Em remissão parcial, Em remissão completa). Em seguida, deve-se marcar a caixa “História anterior” adequada na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico.

Episódio Não Especificado Atual ou Mais Recente (rótulo de item D20). Se, durante o último mês, os critérios sintomáticos forem satisfeitos para um Episódio Maníaco, Hipomaníaco ou Depressivo Maior, exceto pela duração, o clínico deve fazer a classificação de “SIM” no rótulo de item D20, indicando que o Transtorno Bipolar Tipo I é atual. Na sequência, o clínico deve seguir a seta para baixo, até a caixa em que o diagnóstico é marcado, e, então, marcar a caixa “Atual” na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico. Se os critérios sintomáticos para um Episódio Maníaco, Hipomaníaco ou Depressivo Maior estiverem abaixo do limiar no último mês (e o episódio mais recente satisfaz a gravidade, mas não os critérios de duração para um Episódio Maníaco, Hipomaníaco ou Depressivo Maior), o rótulo de item D20 deve ser classificado como “NÃO”, e o clínico deve seguir a seta para baixo até a caixa em que o diagnóstico é marcado. Em seguida, deve-se marcar a caixa “História anterior” na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico.

Transtorno Bipolar Tipo II. Episódio Hipomaníaco Atual ou Mais Recente (rótulo de item D21). Se os critérios sintomáticos forem satisfeitos para um Episódio Hipomaníaco durante o último mês, o clínico deve fazer a classificação de “SIM” no rótulo de item D21, indicando que o Transtorno Bipolar Tipo II é atual. Observe que pelo menos toda a duração mínima exigida (i.e., quatro dias para o Episódio Hipomaníaco) deve ter ocorrido durante as últimas quatro semanas para que o transtorno seja considerado atual. Na sequência, o clínico deve seguir a seta para baixo, até a caixa em que o diagnóstico é marcado, e, então, marcar a caixa “Atual” na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico. Se os critérios sintomáticos não forem satisfeitos no último mês, o rótulo de item D21 deve ser classificado como “NÃO”, e o clínico deve seguir a seta para baixo e à esquerda, até a caixa em que o diagnóstico é marcado com base no grau de remissão (Em remissão parcial, Em remissão completa). Em seguida, deve-se marcar a caixa “História anterior” na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico.

Episódio Depressivo Maior Atual ou Mais Recente (rótulo de item D22). Se os critérios sintomáticos forem satisfeitos para um Episódio Depressivo Maior durante o último mês, o clínico deve fazer a classificação de “SIM” no rótulo de item D22, indicando que o Transtorno Bipolar Tipo II é atual. Observe que pelo menos toda a duração mínima exigida (i.e., duas semanas para o Episódio Depressivo Maior) deve ter ocorrido durante as últimas quatro semanas para que o transtorno seja considerado atual. Na sequência, o clínico deve seguir a seta para baixo, até a caixa em que o diagnóstico é marcado com base na gravidade atual (leve, moderada, grave) e na presença de sintomas psicóticos, e marcar a caixa “Atual” na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico. Se os critérios sintomáticos não forem satisfeitos no último mês, o rótulo de item D22 deve ser classificado como “NÃO”, e o profissional deve seguir a seta para baixo e à esquerda, até a caixa em que o diagnóstico é marcado com base no grau de remissão (Em remissão parcial, Em remissão completa). Em seguida, deve-se marcar a caixa “História anterior” adequada na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico.

Outro Transtorno Bipolar Especificado (rótulo de item D23). Se houver sintomas característicos de um Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado que não satisfaçam os critérios para um Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Específico e que causaram sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no último mês, o clínico deve fazer

uma classificação de “SIM” no rótulo de item D23, indicando que Outro Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Especificado e Outro Transtorno Bipolar ou Transtorno Relacionado Não Especificado é atual, e, então, marcar a caixa “Atual” na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico. Se não houve sintomas bipolares no último mês, o rótulo de item D23 deve ser classificado como “NÃO”, e, em seguida, deve ser marcada a caixa “História anterior” na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico.

Conforme observado na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, uma exceção na codificação se aplica a Outro Transtorno Bipolar Especificado. As apresentações que satisfazem os critérios para o Transtorno Ciclotímico (que está incluído na SCID-5-RV, mas não na SCID-5-CV) devem receber o código diagnóstico F34.0 para Transtorno Ciclotímico, em vez de F31.89, o código diagnóstico para Outro Transtorno Bipolar Especificado.

10.6.7 Classificações para cronologia de Transtorno Depressivo Maior (D24–D25)

O clínico é levado a esta seção de cronologia após fazer um diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior ou Outro Transtorno Depressivo Especificado. O primeiro passo para o profissional é selecionar o item adequado, com base no diagnóstico, como a seguir:

Transtorno Depressivo Maior (rótulo de item D24). Se os critérios sintomáticos forem satisfeitos para um Episódio Depressivo Maior durante o último mês, o clínico deve fazer a classificação de “SIM” no rótulo de item D24, indicando que o Transtorno Depressivo Maior é atual. Observe que pelo menos toda a duração mínima exigida (i.e., duas semanas para o Episódio Depressivo Maior) deve ter ocorrido durante o último mês para que o transtorno seja considerado atual. Na sequência, o clínico deve seguir a seta para baixo, até a caixa em que o diagnóstico é marcado com base no número de episódios (único ou recorrente), na gravidade atual (leve, moderada, grave) e na presença de sintomas psicóticos, e, então, marcar a caixa “Atual” adequada na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico. Se os critérios sintomáticos não forem satisfeitos no último mês, o rótulo de item D24 deve ser classificado como “NÃO”, e o clínico deve, então, seguir a seta para baixo e à esquerda, até a caixa em que o diagnóstico é marcado com base no número de episódios anteriores e no grau de remissão (Em remissão parcial, Em remissão completa). Em seguida, deve-se marcar a caixa “História anterior” adequada na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico.

Outro Transtorno Depressivo Especificado (rótulo de item D25). Se há sintomas depressivos que causaram sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no último mês, o clínico deve fazer uma classificação de “SIM” no rótulo de item D25, indicando que Outro Transtorno Depressivo Especificado ou Não Especificado é atual, e, então, marcar a caixa “Atual” na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico. Se não houve sintomas depressivos no último mês, o rótulo de item D25 deve ser classificado como “NÃO”, e, em seguida, deve-se marcar a caixa “História anterior” na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico.

10.7 Módulo E. Transtornos por Uso de Substâncias

Este módulo contém classificações para os Transtornos por Uso de Substâncias, que cobrem problemas causados pelo padrão de uso de substâncias do paciente. A SCID

separa a avaliação de Transtorno por Uso de Álcool dos Transtornos por Uso de Substâncias porque o álcool é legal, é mais amplamente usado do que outras substâncias e a maioria de seus usuários não têm problemas com o uso. Os sintomas psiquiátricos (p. ex., psicose, depressão, ansiedade) relacionados aos efeitos diretos de uma substância/medicamento no sistema nervoso central são diagnosticados como Transtornos Mentais Induzidos por Substância/Medicamento, e esses diagnósticos estão espalhados por toda a SCID-5-CV de acordo com o tipo de apresentação dos sintomas (i.e., Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento e Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento nos Módulos A e D, Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento no Módulo C, Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento no Módulo F e Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento no Módulo G).

10.7.1 Classificações para Transtorno por Uso de Álcool nos últimos 12 meses (E1–E13)

Como a última seção da Visão Geral (“Outros problemas atuais”) incluiu duas perguntas em relação ao uso de álcool atual (i.e., “No último mês, quanto você bebeu?”, “Quando você bebe, com quem costuma estar? [Você costuma estar sozinho ou com outras pessoas?]”), o clínico já deve ter uma ideia aproximada da história de uso de álcool atual do paciente ao iniciar a seção referente a esse transtorno. Assim, com as respostas para essas perguntas da Visão Geral como pano de fundo, o clínico começa a avaliação do Transtorno por Uso de Álcool nos últimos 12 meses decidindo se faz sentido pular completamente a avaliação por causa da falta de qualquer evidência que sugira a possibilidade da condição no último ano. Para fazer essa determinação, o profissional começa esta seção pedindo ao paciente para descrever seus hábitos de consumo de bebidas. Se o indivíduo nega de forma crível ou confiável qualquer uso de álcool nos últimos 12 meses, o clínico deve, então, ir para a avaliação de Transtorno por Uso de Substâncias Não Alcoólicas no rótulo de item E14, na página 215.

Se o paciente relata ter usado álcool no último ano, o profissional dá prosseguimento com uma pergunta para determinar se tal uso excede um limiar mínimo (i.e., bebeu álcool pelo menos seis vezes nos últimos 12 meses), abaixo do qual a ocorrência de um Transtorno por Uso de Álcool é improvável. Observe que essa pergunta não está indagando sobre o número de drinques no último ano, mas, sim, o número de vezes (i.e., “eventos de consumo de bebidas”) em que o paciente usou álcool. No limite inferior, um evento de consumo de bebidas poderia consistir de um único drink (p. ex., beber uma taça de vinho em um jantar ou em um bar com amigos), mas, no limite extremo, poderia consistir de uma noite de bebedeira em uma festa da faculdade durante a qual muitas bebidas foram consumidas. Se o uso relatado pelo paciente está confiavelmente abaixo do limiar de seis vezes em um ano, o clínico pode, então, pular para a avaliação de Transtorno por Uso de Substâncias Não Alcoólicas no rótulo de item E14, na página 215. A regra-padrão da SCID-5-CV em relação a saltos se aplica aqui de forma particular: quando houver dúvidas, não pule!

Os Transtornos por Uso de Álcool (e outra substância) são caracterizados por um padrão problemático de consumo de álcool ou substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, conforme indicado por dois ou mais dos 11

critérios a seguir, ocorrendo dentro de um período de 12 meses. Os exemplos entre colchetes foram incluídos em muitos desses itens de critério no DSM-IV, mas eliminados do DSM-5; eles foram adicionados à SCID-5-CV para ajudar o clínico a fazer classificações confiáveis.

Critério A1 – Quantidades maiores/períodos mais longos do que o pretendido. A intenção deste item é capturar as tentativas fracassadas do paciente de pôr alguns limites ao seu consumo de bebidas (p. ex., “Vou apenas tomar umas cervejas e voltar para casa”, “Vou dar uma passada no bar por apenas meia hora”). Observe que a violação desses limites autoimpostos (p. ex., o paciente acaba bebendo uma dúzia de latas de cerveja ou permanece no bar por várias horas) deve ocorrer FREQUENTEMENTE para ser codificada como “+”. Existe um paradoxo inerente à avaliação deste item (e também do Critério A2). Para que este critério se aplique, o paciente deve ter desenvolvido *insight* suficiente sobre o fato de ter um problema com consumo de bebidas (ou de querer evitar o desenvolvimento desse problema) para querer controlar seu consumo de álcool. Não é possível, portanto, classificar este item como “+” em alguém que tem um padrão de uso muito intenso, mas nega qualquer necessidade ou desejo de controlar ou reduzir o uso.

Critério A2 – Desejo persistente ou esforços fracassados em cortar/controlar o uso de álcool. Este item é classificado como “+” sob duas circunstâncias. Primeira, se o paciente teve um desejo persistente de parar, reduzir ou controlar seu consumo de bebidas, supostamente por causa da autoconsciência de que esse consumo tem sido problemático de alguma forma, uma classificação de “+” seria aplicável. Embora o DSM-5 deixe a definição de “persistente” a cargo do julgamento clínico, um período com duração de pelo menos um mês em que o desejo de reduzir ou controlar o consumo de bebidas ocorreu pela maior parte do tempo seria uma duração mínima razoável para considerar como “persistente”. Segunda, em casos nos quais o paciente não tem um desejo persistente de reduzir ou controlar o consumo de bebidas, mas em que, apesar disso, tentou fazê-lo sem sucesso (p. ex., em resposta a demandas repetidas de membros da família), uma classificação de “+” também seria aplicável. Observe que, para o esforço de redução ou controle do consumo de bebidas ser considerado “bem-sucedido” (o que justificaria uma classificação de “-”), o período de uso controlado ou diminuído deve ter tido uma duração prolongada (p. ex., meses ou anos).

Critério A3 – Grande quantidade de tempo gasto no uso de álcool. Este item abrange várias formas em que o consumo de bebidas pode se tornar o foco central da vida do paciente: o tempo gasto para obter álcool, o tempo gasto no consumo e na intoxicação e o tempo gasto para se recuperar de seus efeitos. Pessoas sensatas podem discordar sobre o que constitui “uma grande quantidade de tempo”. Como regra, duas noites por semana dedicadas ao consumo de bebidas não são “uma grande quantidade de tempo” e justificariam uma classificação de “-”; a maioria das noites da semana com ressacas no dia seguinte justificariam uma classificação de “+”.

Critério A4 – Fissura. Este item é classificado como “+” se houve uma forte necessidade ou um desejo de usar álcool quando não se estava consumindo bebidas. O limiar de intensidade para a fissura deve ser aquele em que esta tem algum impacto negativo sobre o paciente. Por exemplo, a necessidade de beber pode ser tão forte que o indivíduo tem dificuldade para pensar em qualquer outra coisa, ou ela causa desconforto ou enfraquece enormemente sua determinação em reduzir ou parar de consumir álcool. Em alguns pacientes, a necessidade de beber está associada a estímulos

específicos, como entrar em um bar ou encontrar um companheiro de bebedeira na rua. Para explorar essa possibilidade, a pergunta adicional indaga se a fissura está associada a determinadas situações.

Critério A5 – Fracasso em cumprir obrigações no trabalho, na escola ou em casa. Uma classificação de “+” para este item requer evidências específicas de que os efeitos do uso do álcool (i.e., intoxicação, abstinência ou ressaca) resultaram no fracasso do paciente em cumprir obrigações importantes em pelo menos duas ocasiões. Os exemplos associados ilustram a grande variedade dos tipos de atividades que podem ser afetadas: ausências repetidas ao trabalho ou baixo desempenho profissional; ausências, suspensões ou expulsões de escola; e negligência nas obrigações para com os filhos e as tarefas domésticas. Estar meramente intoxicado no trabalho, na escola ou ao cuidar dos filhos sem aparente prejuízo não é suficiente para justificar uma classificação de “+”; deve haver alguma evidência de que os efeitos do álcool interferiram de forma significativa e recorrente no funcionamento em um desses domínios.

Critério A6 – Uso continuado, apesar de problemas interpessoais recorrentes resultantes do uso do álcool. Como o Critério A5, o A6 reflete problemas sociais ou interpessoais que são causados pelos efeitos do consumo de bebidas, como tensão conjugal causada por discussões ou lutas corporais que ocorram durante os períodos de intoxicação. Diferentemente do Critério A5, uma classificação de “+” para o Critério A6 requer que o paciente continue usando álcool apesar desses problemas. Este item pode ser difícil de avaliar quando é possível atribuir o conflito interpessoal a um problema de relacionamento subjacente, e não ao uso de substância. Por exemplo, discussões sobre consumo ocasional e não problemático de bebidas que sejam iniciadas por um cônjuge que se opõe a qualquer consumo de álcool não justificariam, de forma alguma, uma classificação de “+”.

Critério A7 – Atividades importantes abandonadas no trabalho, na escola ou em casa para que esse tempo possa ser gasto no uso de álcool. O paciente prototípico cujo uso de álcool satisfaz este critério é um “bêbado de rua”, que, em essência, desistiu de todas as atividades, exceto aquelas associadas ao consumo de bebidas. Contudo, o Critério A7 pode também ser aplicado, por exemplo, a um atleta amador que abandonou as atividades esportivas por causa do uso de álcool ou a uma pessoa que parou de encontrar todos os seus amigos para permanecer em casa e beber.

Critério A8 – Uso recorrente em situações fisicamente perigosas. Um erro comum na classificação deste item é ser exageradamente inclusivo e supor que qualquer nível de uso de álcool em uma situação que exija um estado de alerta se qualificaria. O item deve ser classificado como “+” apenas se o uso de álcool causou prejuízo suficiente na coordenação ou na cognição para criar uma condição fisicamente perigosa (p. ex., dirigir ou caçar estando intoxicado). Para facilitar uma investigação adequada, a primeira pergunta simplesmente estabelece que o paciente bebeu álcool antes de se envolver em uma atividade que exija coordenação e concentração. Se o indivíduo reconhece tal uso, a pergunta adicional estabelece, então, se estava de fato comprometido em um grau que alguém pudesse ter se ferido como resultado da coordenação ou da concentração comprometida. O julgamento clínico é necessário para interpretar a relevância diagnóstica das respostas do paciente, equilibrando a variabilidade do quanto um dado indivíduo pode ser impactado por determinada quantidade de álcool devido à tolerância, com as tendências dos pacientes de minimizarem o impacto do álcool sobre sua coordenação e cognição. Se um paciente

reconhece o consumo de uma grande quantidade de álcool em um curto espaço de tempo e, mesmo assim, nega qualquer impacto sobre seu funcionamento como resultado, o clínico pode muito bem “ignorar” a resposta negativa e concluir que o indivíduo estava, na verdade, comprometido, dependendo da quantidade consumida e do nível de tolerância da pessoa.

Embora seja arriscado ficar alcoolizado e voltar caminhando para casa atravessando um bairro perigoso ou fazer sexo sem proteção com alguém que não se conhece muito bem enquanto se está intoxicado, nada disso justificaria uma classificação de “+”; a intenção deste item é classificar o comportamento que coloca o paciente ou outros em perigo imediato porque sua coordenação ou cognição está comprometida pelo consumo de bebidas.

Critério A9 – Uso continuado, apesar do conhecimento de que problemas físicos ou psicológicos são causados ou agravados pelo álcool. Como o Critério A6, o A9 se destina a explorar um padrão de uso compulsivo de álcool e não se refere, pura e simplesmente, às consequências físicas ou psicológicas adversas do consumo de bebidas. Consequentemente, para o clínico classificar este item como “+”, o paciente deve primeiro reconhecer que compreende que os problemas físicos ou psicológicos pelos quais está passando são causados pelo consumo de álcool e que, apesar desse reconhecimento, continuou a beber. Exemplos de problemas físicos incluem cirrose ou sangramento esofágico devido ao consumo excessivo de bebidas; exemplos de problemas psicológicos são “apagões” (perda de memória por eventos que ocorreram durante a intoxicação), depressão induzida por álcool ou ansiedade de rebote no dia posterior ao episódio de consumo intenso de bebidas. O efeito físico nocivo mais frequente do álcool é a ressaca. Quando as ressacas são graves e frequentes, mas, mesmo assim, o paciente continua a beber regularmente, uma classificação de “+” é justificada.

Critério A10 – Tolerância. A tolerância é a necessidade que a pessoa tem de consumir quantidades maiores de álcool para obter o mesmo efeito de quando começou a beber. Embora o Critério A10 exija a necessidade de “quantidades progressivamente maiores”, fica a cargo do julgamento clínico determinar quais quantidades são essas. A versão do critério de tolerância do DSM-III-R especificava um aumento de pelo menos 50%, mas essa exigência foi excluída do DSM-IV por ser considerada falsamente precisa. Qualquer adulto que beba regularmente tem uma tolerância consideravelmente maior do que quando era um adolescente normal experimentando álcool. Este item se destina a capturar aqueles cuja tolerância aumentou de maneira acentuada (p. ex., “Eu costumava ficar bêbado com três latas de cerveja. Agora posso beber uma dúzia delas sem que isso ocorra”).

Critério A11 – Abstinência. A abstinência é indicada pelo desenvolvimento da síndrome de abstinência de álcool característica, logo após parar ou diminuir o seu consumo. Em alguns casos, o indivíduo nunca permite que a síndrome de abstinência se desenvolva porque começa a beber ou a ingerir um sedativo antes do início de seus sintomas, conforme observado na parte (b) deste critério. Por essa razão, se o paciente nega ter tido sintomas de abstinência, o clínico pergunta se ele já iniciou o dia com um drinque ou se já ingeriu algum outro medicamento para evitar os sintomas de abstinência. Observe que, como parte (a) ou como exigência deste critério, pelo menos dois sintomas devem se desenvolver dentro de algumas horas até alguns dias após a cessação (ou redução) do uso de álcool. Dois ou

mais dos sintomas não precisam ocorrer necessariamente ao mesmo tempo. Como o critério sugere, o curso de desenvolvimento dos sintomas de abstinência varia de acordo com o sintoma em si, a quantidade típica de álcool consumido e as diferenças individuais.

Satisfazendo o Critério A para Transtorno por Uso de Álcool. A presença de pelo menos dois sintomas dos Critérios A1–A11 durante os últimos 12 meses é suficiente para satisfazer os critérios para Transtorno por Uso de Álcool nos últimos 12 meses. Se esse limiar mínimo é satisfeito, os especificadores de gravidade (leve, moderada, grave) também são atribuídos com base no número de itens que estavam presentes durante o período. O clínico continua, então, com a seção do Transtorno por Uso de Substâncias Não Alcoólicas nos últimos 12 meses, que começa no rótulo de item E14, na página 215.

10.7.2 Classificação para Transtorno por Uso de Substâncias Não Alcoólicas nos últimos 12 meses (E14–E36)

Esta seção começa com a determinação do uso, por parte do paciente, de drogas ou medicamentos psicotrópicos nos últimos 12 meses. A SCID-5-CV inclui oito classes de drogas: sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; *Cannabis*; estimulantes; opioides; fenciclidina e substâncias relacionadas; outros alucinógenos; inalantes; e outra droga (ou droga desconhecida). (Observe que a ordem listada e a configuração das classes de drogas incluídas na SCID-5-CV diferem do que consta no DSM-5. O DSM-5 inclui fenciclidina e outros alucinógenos em uma única classe de drogas, chamada de “Transtornos Relacionados a Alucinógenos”; ele também inclui classes de drogas separadas para tabaco e cafeína, que não são abrangidas pela SCID. Além disso, o DSM-5 lista as classes de drogas em ordem alfabética, enquanto a ordem das classes de drogas na SCID foi escolhida para manter a continuidade em relação às versões anteriores da ferramenta.)

Iniciando com o rótulo de item E15, o clínico pergunta ao paciente sobre seu uso de substâncias em cada uma das oito classes de drogas incluídas na SCID-5-CV. Se o indivíduo indica ter usado uma droga dessa classe nos últimos 12 meses, o profissional deve circular a classificação “SIM” para aquela classe e escrever o nome de qualquer substância específica utilizada. Se o paciente nega, de forma confiável, ter usado qualquer droga nos últimos 12 meses, então o clínico continua a SCID-5-CV a partir do rótulo de item F1, a avaliação de Transtorno de Pânico. Por exemplo, a primeira classe de substâncias investigadas é a dos sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos: “Nos últimos 12 meses, você tomou algum comprimido para acalmar-se, ajudá-lo a relaxar ou dormir? (Drogas como Valium [diazepam], Frontal, Lorax, Rivotril, Lexotan, Patz, Stilnox, medicamentos tarja preta)”. Se o paciente responde que vem tomando regularmente diazepam para dormir durante os últimos 12 meses, o clínico registra diazepam no espaço indicado e circula a classificação “SIM” na coluna à direita. Se o indivíduo reconhece que utiliza qualquer substância de qualquer classe (i.e., uma das classificações para os rótulos de itens E15–E22 é “SIM”), o profissional deve continuar a avaliação de uso de substâncias na página seguinte, a fim de determinar se o consumo excedeu o limiar mínimo necessário, justificando uma avaliação dos critérios para o Transtorno por Uso de Substâncias para aquela classe.

Para o próximo conjunto de classificações (rótulos de itens E15a–E22a), o clínico determina, para qualquer classe de drogas usadas nos últimos 12 meses, se o uso ex-

cede um limiar mínimo, que indica a necessidade de avaliar um Transtorno por Uso de Substâncias. Se a quantidade de uso de drogas está abaixo do limiar mínimo para todas as classes de drogas, então ele pode pular essa seção e continuar com o rótulo de item F1, a avaliação de Transtorno de Pânico.

O limiar estabelecido para drogas ilegais ou recreativas é de seis vezes nos últimos 12 meses. Se este é satisfeito para uma classe de substâncias, o clínico prossegue, então, com perguntas adicionais sobre a quantidade usada e as consequências desse uso (p. ex., “Durante o último ano, quando você usou mais a (SUBSTÂNCIA)?”, “Quanto utilizou?”, “O uso da (SUBSTÂNCIA) causa problemas a você?”). O limiar usado para medicamento prescrito ou vendido sem prescrição médica (VSPM) não é baseado no número de vezes que o paciente o tomou, mas no abuso dele: “Durante os últimos 12 meses, você ficou viciado ou se tornou dependente de um (MEDICAMENTO PRESCRITO/VSPM)? Você já tomou mais do que a quantidade prescrita ou esgotou o que lhe foi prescrito antes do previsto? Você já teve que consultar mais de um médico para garantir que não ficaria sem?”.

Antes de avaliar os Critérios A1–A11 para Transtorno por Uso de Substâncias Não Alcoólicas (começando com o rótulo de item E23), o clínico precisa determinar qual é a classe de substâncias para focar primeiro naqueles casos em que o paciente usou diversas drogas nos últimos 12 meses. Portanto, na caixa bem acima do rótulo de item E23, o profissional faz as seguintes perguntas: “Quais drogas ou medicamentos causaram mais problemas a você nos últimos 12 meses, desde (UM ANO ATRÁS)? Quais foram as que você usou mais? Quais foram as suas ‘drogas preferidas’?”. Com base nas respostas do paciente, o clínico deve selecionar a classe que tem a maior probabilidade de resultar em um diagnóstico de Transtorno por Uso de Substâncias. Se acontecer de os critérios não terem sido satisfeitos para essa classe de drogas, o profissional deverá reavaliar os Critérios A1–A11 para outras classes que tenham a possibilidade de levar a um diagnóstico de Transtorno por Uso de Substâncias.

Critério A1 – Quantidades maiores/períodos mais longos do que o pretendido. A intenção deste item é capturar as tentativas fracassadas do paciente de pôr alguns limites ao seu uso de drogas (p. ex., “Só vou dar dois tragos neste baseado hoje à noite”). Observe que a violação desses limites autoimpostos (p. ex., o paciente acaba fumando um baseado inteiro) deve ocorrer FREQUENTEMENTE para ser codificada como “+”. Existe um paradoxo inerente à avaliação deste item (e também do Critério A2). Para que este critério seja aplicado, o paciente deve ter desenvolvido *insight* suficiente sobre o fato de ter um problema com uso de drogas (ou de querer evitar o desenvolvimento desse problema) para querer controlar seu uso de drogas. O Critério A1 não recebe uma classificação de “+” se alguém tem um padrão de uso muito intenso, mas nega qualquer necessidade de controlar ou reduzir esse consumo. Por exemplo, é improvável que usuários crônicos de *Cannabis* tentem reduzir ou controlar seu uso da substância por causa da sua percepção de que a *Cannabis* é inofensiva.

Critério A2 – Desejo persistente ou esforços fracassados em reduzir/controlar o uso de substâncias. Este item é classificado como “+” sob duas circunstâncias. Primeira,

se o paciente teve um desejo persistente de parar, reduzir ou controlar seu uso de substâncias, supostamente por causa da autoconsciência de que esse consumo tem sido problemático de alguma forma, uma classificação de “+” seria aplicável. Embora o DSM-5 deixe a definição de “persistente” a cargo do julgamento clínico, um período com duração de pelo menos um mês em que o desejo de reduzir ou controlar o uso de substâncias ocorreu pela maior parte do tempo seria uma duração mínima razoável para contar como “persistente”. Segunda, em casos nos quais o paciente não tem o desejo persistente de reduzir ou controlar o uso de substâncias, mas em que, apesar disso, tentou fazer isso sem sucesso (p. ex., em resposta a demandas repetidas de membros da família), uma classificação de “+” também seria aplicável. Observe que, para um esforço de redução ou controle do uso de substâncias ser considerado “bem-sucedido” (o que justificaria uma classificação de “-”), o período de uso controlado ou diminuído deve ter tido uma duração prolongada (p. ex., meses ou anos).

Critério A3 – Grande quantidade de tempo gasto no uso de substância. Este item abrange as várias formas em que o uso de drogas pode se tornar o foco central na vida do paciente. Isso é especialmente variável entre as classes de drogas por causa das diferenças no custo, na disponibilidade, na legalidade e no padrão típico de uso de uma substância específica. Por exemplo, por conta do custo elevado, da necessidade diária e da relativa indisponibilidade, os opioides têm uma probabilidade muito maior de fazer um indivíduo se tornar totalmente preocupado com a tarefa diária de obtê-los. Por sua vez, este item é menos provável de se aplicar aos inalantes, por causa do baixo custo, da ampla disponibilidade em lojas e do padrão típico de uso intermitente.

Pessoas sensatas podem discordar sobre o que constitui “uma grande quantidade de tempo”. Como regra, duas noites por semana gastas fumando maconha não configuram “uma grande quantidade de tempo” e provavelmente justificam uma classificação de “-”; sem dúvida, ficar todos os dias “chapado” justificaria uma classificação de “+”.

Critério A4 – Fissura. O Critério A4 avalia o forte desejo ou necessidade de usar a substância nos momentos em que ela não está sendo utilizada. O limiar de intensidade para a fissura deve ser aquele em que ela tem algum impacto negativo sobre o paciente. Por exemplo, a necessidade de usar a substância pode ser tão forte que o paciente tem dificuldade para pensar em qualquer outra coisa, ou ela causa desconforto ou enfraquece enormemente sua determinação de reduzir ou parar de usá-la. Em alguns pacientes, a necessidade de usar a substância está associada a estímulos específicos, como ver objetos / utensílios relacionados ao consumo ou encontrar um companheiro na rua com quem o paciente usou drogas. Para explorar esse gatilho típico da fissura, a pergunta adicional indaga se ela está associada a determinadas situações.

Critério A5 – Fracasso em cumprir obrigações no trabalho, na escola ou em casa. Uma classificação de “+” para este item requer evidências específicas de que os efeitos do uso da substância (i.e., intoxicação, abstinência, ressaca) resultaram no fracas-

so do paciente em cumprir obrigações importantes em pelo menos duas ocasiões. Os exemplos associados ilustram a grande variedade dos tipos de atividades que podem ser afetadas: ausências repetidas ao trabalho ou baixo desempenho profissional; ausências, suspensões ou expulsões de escola; e negligência nas obrigações para com os filhos e as tarefas domésticas. Estar meramente “chapado” no trabalho, na escola ou ao cuidar dos filhos sem aparente prejuízo não é suficiente para justificar uma classificação de “+”; deve haver alguma evidência de que os efeitos da substância interferiram de forma significativa e recorrente no funcionamento em um desses domínios.

Critério A6 – Uso continuado, apesar de problemas interpessoais recorrentes resultantes do uso de substâncias. Como o Critério A5, o A6 reflete problemas sociais ou interpessoais que são causados pelos efeitos do uso de substâncias, como tensão conjugal causada por discussões ou lutas corporais que ocorreram durante os períodos de intoxicação. Diferentemente do Critério A5, uma classificação de “+” para A6 requer que o paciente continue usando a substância apesar desses problemas. O Critério A6 pode ser difícil de avaliar quando é possível atribuir o conflito interpessoal a um problema de relacionamento subjacente, e não a um problema com o uso de substância. Por exemplo, discussões sobre uso ocasional e não problemático de substâncias que sejam iniciadas por um cônjuge que acredita que até o uso mínimo de drogas é intolerável não justificariam uma classificação de “+”.

Critério A7 – Atividades importantes abandonadas no trabalho, na escola ou em casa para que esse tempo possa ser gasto no uso de substâncias. O paciente prototípico cujo uso de substâncias satisfaz este critério é um dependente de heroína, que, em essência, desistiu de todas as atividades, exceto aquelas associadas à procura e ao uso da droga. Contudo, o Critério A7 pode também se aplicar, por exemplo, a um atleta amador que abandonou as atividades esportivas por causa do uso de substâncias ou a uma pessoa que parou de ver todos os seus amigos para permanecer em casa e ficar “chapada”.

Critério A8 – Uso recorrente em situações fisicamente perigosas. Um erro comum na classificação deste item é ser exageradamente inclusivo e supor que qualquer nível de uso de substâncias em uma situação que exija um estado de alerta se qualificaria. O item deve ser classificado como “+” apenas se o uso de substâncias causou prejuízo suficiente na coordenação ou na cognição para criar uma situação fisicamente perigosa (p. ex., dirigir ou caçar estando intoxicado pela substância). Para facilitar uma investigação adequada, a primeira pergunta simplesmente estabelece que o paciente usou a substância antes de se envolver em uma atividade que exija coordenação e concentração. Se o paciente reconhece tal uso, a pergunta adicional estabelece, então, se o paciente estava de fato comprometido em um grau que alguém pudesse ter se ferido como resultado da coordenação ou da concentração comprometida.

É importante levar em consideração o tipo de substância e a quantidade usada para inferir o provável nível de comprometimento associado ao seu uso, um julgamento que funciona em ambos os sentidos. Por exemplo, o benefício da dúvida pode ser dado a alguém que diz que pode dirigir perfeitamente bem depois de “dar um teco” de cocaína. Entretanto, se uma pessoa admite tomar uma alta dose de alucinógenos e insiste que não foi comprometida, o clínico pode, apesar disso, optar por classificar com um “+”.

Embora seja arriscado ficar “chapado” e voltar caminhando para casa atravessando um bairro perigoso, ou fazer sexo sem proteção com alguém que não se

conhece muito bem enquanto se está intoxicado, nada disso justificaria uma classificação de “+”; a intenção deste item é classificar o comportamento que coloca o paciente ou outros em perigo imediato porque a sua coordenação ou cognição está comprometida pela substância.

Critério A9 – Uso continuado, apesar do conhecimento de que problemas físicos ou psicológicos são causados ou agravados pela substância. Como o Critério A6, o A9 se destina a explorar um padrão de uso compulsivo da substância e não se refere, pura e simplesmente, às consequências físicas ou psicológicas adversas do consumo. Consequentemente, para o clínico classificar este item como “+”, o paciente deve primeiro reconhecer que compreende que os problemas físicos ou psicológicos pelos quais está passando são causados pelo uso da substância e que, apesar desse reconhecimento, ele foi incapaz de parar de usá-la ou reduzir seu uso de forma significativa. Os exemplos de problemas físicos incluem dano grave à mucosa nasal por cheirar cocaína ou a exacerbação da asma por fumar quantidades excessivas de maconha. Os exemplos de problemas psicológicos são paranoia induzida por cocaína ou ataques de pânico precipitados por *Cannabis*.

Critério A10 – Tolerância. A tolerância é a necessidade que a pessoa tem de usar quantidades maiores de uma substância para obter o mesmo efeito de quando começou a usá-la. Embora o critério exija a necessidade de “quantidades progressivamente maiores”, fica a cargo do julgamento clínico determinar o quanto elas precisam ter aumentado. A versão do critério de tolerância do DSM-III-R especificava um aumento de pelo menos 50%, mas essa exigência foi excluída do DSM-IV por ser considerada falsamente precisa. A tolerância se desenvolve mais frequentemente com anfetaminas, cocaína, opioides e sedativos (especialmente barbitúricos). A tolerância para muitas drogas (p. ex., cocaína, barbitúricos, heroína) geralmente é aparente para o paciente. Pode não ser possível estabelecer a tolerância para drogas como a maconha, em que a qualidade da droga varia de maneira acentuada.

Critério A11 – Abstinência. A abstinência é indicada pelo desenvolvimento da síndrome específica da substância característica (na lista dos sintomas de abstinência ao final do Módulo E) logo após parar o uso ou diminuir a quantidade consumida. Em alguns casos, o indivíduo nunca permite que a síndrome de abstinência se desenvolva porque começa a tomar mais da substância antes do início de seus sintomas. A gravidade e a relevância clínica da síndrome de abstinência variam conforme a classe da substância. As síndromes de abstinência características são mais aparentes com sedativos e opioides. Com base nos critérios do DSM-5, os sintomas das síndromes de abstinência são fornecidos para as seguintes classes de drogas: sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; *Cannabis*; estimulantes (incluindo cocaína); e opioides. Visto que o DSM-5 (Tabela 1, p. 482) não reconhece a abstinência de PCP, alucinógenos ou inalantes, a SCID-5-CV omite, do mesmo modo, essas classes de drogas das síndromes de abstinência.

Satisfazendo o Critério A para Transtorno por Uso de Substâncias Não Alcoólicas. A presença de pelo menos dois sintomas dos Critérios A1–A11 para a mesma substância durante o último ano é suficiente para satisfazer os critérios para Transtorno por Uso de Substâncias Não Alcoólicas nos últimos 12 meses. Se o limiar mínimo de dois sintomas for satisfeito para o uso de uma substância específica, o clínico dá uma classificação “SIM” para o rótulo de item E35 e continua com o rótulo de item E36 na página 220, onde o tipo específico e a gravidade do Transtorno por Uso de Substâncias Não Alcoólicas são determinados. O profissional indica o diagnóstico circulando o Transtorno por Uso de Substâncias Específico e o seu nível de gravidade; ele também

registra o nome da droga específica. (O diagnóstico depende da gravidade atual, que pode ser leve, moderada ou grave, dependendo do número de itens que estiveram presentes durante os últimos 12 meses. O código diagnóstico correspondente ao tipo e à gravidade do transtorno é registrado na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, juntamente com o nome da droga específica.) Se o limiar mínimo de dois itens não for satisfeito para a classe de drogas sendo avaliada, o clínico dá uma classificação “NÃO” para o rótulo de item E35 e segue a seta abaixo até a instrução que pede para que considere se houve evidências de uso clinicamente significativo de outra classe de drogas (dos rótulos de itens E15–E22) diferente daquela que estava sendo avaliada e para a qual os critérios não foram satisfeitos. Se concluir que sim, o profissional precisará voltar ao rótulo de item E23 no topo da página 217 e avançar pelos itens de Transtorno por Uso de Substâncias Não Alcoólicas, mas, dessa vez, focando na outra classe de substâncias, dado que o padrão de uso avaliado para a primeira classe não era grave o bastante para satisfazer os critérios. Se, e somente se, não houver outras classes de drogas para as quais há a possibilidade de um Transtorno por Uso de Substâncias Não Alcoólicas, o clínico deve, então, pular este ponto e continuar com a avaliação de Transtorno de Pânico, iniciando no rótulo de item F1, na página 222.

10.8 Módulo F. Transtornos de Ansiedade

10.8.1 Classificações para Transtorno de Pânico (F1–F22)

Crítérios para ataque de pânico. O termo “ataque de pânico” é muitas vezes utilizado de forma incorreta por pacientes para descrever qualquer ansiedade em processo de intensificação. Um verdadeiro *ataque de pânico* é caracterizado por um súbito e intenso pico de manifestações físicas de ansiedade, combinado com cognições como medo de morrer ou de perder o controle. Imediatamente após estabelecer o agravamento característico da ansiedade e antes de analisar os sintomas individuais, o clínico pede para que o paciente forneça uma descrição do último ataque de pânico grave que vivenciou. Isso serve a diversas funções. Primeiro, proporciona uma oportunidade ao paciente para descrever o ataque e seus sintomas associados com as suas próprias palavras antes de ser estimulado com a lista de 13 sintomas de ataque de pânico. Segundo, permite que o clínico determine mais facilmente se o curso do episódio de ansiedade relatado é consistente com um ataque de pânico verdadeiro (i.e., um surto abrupto de medo intenso que alcança um pico em minutos), em vez de um período mais extenso de ansiedade que poderia ser mais consistente com o Transtorno de Ansiedade Generalizada. Por fim, a determinação de que houve a ocorrência em conjunto de pelo menos quatro sintomas durante o mesmo ataque de pânico é facilitada pedindo-se ao paciente para que pense sobre um ataque específico ao responder às perguntas sobre sintomas individuais. Essa abordagem tem uma armadilha em potencial: se o limiar de quatro sintomas não for atingido, isso pode se dever ao fato de que o ataque de pânico escolhido pelo paciente talvez não tenha sido o mais grave que ele já vivenciou. Assim, nos casos em que o limiar de quatro sintomas não é atingido, o clínico precisa perguntar se houve ataques de pânico mais graves em termos de número de sintomas. Se sim, ele precisa aplicar a lista de sinto-

mas a esse ataque de pânico mais grave e, então, se o limiar de quatro sintomas for atingido, terá que confirmar que esses ataques ocorreram pelo menos duas vezes. Se o paciente não teve quatro sintomas de ataque de pânico concomitantes em nenhum outro momento, o clínico é instruído a pular para a avaliação de Agorafobia no rótulo de item F23.

Critério A – Ataques de pânico recorrentes e inesperados. A presença de um ataque de pânico não é necessariamente indicativa de Transtorno de Pânico, visto que os ataques podem ocorrer no contexto de uma variedade de outros transtornos. Por exemplo, se uma pessoa com uma fobia de cobras vai fazer uma trilha e tem um ataque de pânico após se deparar com uma cobra, isso não justificaria um diagnóstico adicional de Transtorno de Pânico. Por definição, pelo menos dois dos ataques de pânico no Transtorno de Pânico devem ter sido “inesperados”. Assim, a pergunta inicial indaga explicitamente se o ataque surgiu “do nada” (i.e., em uma situação na qual o paciente não esperava ficar nervoso ou ansioso, como ao estar sentado em casa assistindo a TV). Se a resposta for “SIM”, isso é confirmado pedindo-se ao indivíduo para que descreva o contexto em que o ataque ocorreu. Contudo, não é incomum que aqueles com Transtorno de Pânico suponham de forma rápida (e equivocada) que há uma relação de causa e efeito entre as situações em que os ataques se desenvolveram e os ataques em si e, assim, neguem que qualquer um deles tenha surgido do nada. Portanto, há perguntas adicionais explícitas que indagam sobre o contexto dos ataques de pânico iniciais, a fim de determinar se pelo menos dois deles foram inesperados.

Para alguns indivíduos, o ataque pode ocorrer após um pensamento assustador, como uma preocupação com a possibilidade de que algo terrível acontecerá a eles ou a um ente querido. Mesmo assim, tais ataques devem ser considerados como “inesperados”, pois o conceito de “inesperado” se refere à ausência de uma associação clara entre um estímulo ambiental e a ocorrência de um ataque de pânico. O bom senso (esperamos) levará o clínico a não considerar como “inesperados” os ataques de pânico que ocorrem em resposta a perigos inesperados, mas realistas, como o de ser assaltado. De modo semelhante, os ataques que ocorrem em resposta a delírios de ser ferido não devem ser considerados como “inesperados”.

Critério B – Preocupação em relação a ter outro ataque e/ou mudança desadaptativa no comportamento. Este critério assegura que os ataques de pânico têm um impacto negativo na vida da pessoa, o que pode ser manifestado de duas maneiras. O paciente pode sentir apreensão ou preocupação persistente (com duração de pelo menos um mês) em relação a ter ataques adicionais ou com as “suas consequências”, que foram interpretadas na SCID-5-CV no sentido de que o indivíduo está preocupado com aqueles sintomas que representam consequências do ataque, como ter um ataque cardíaco, perder o controle ou “enlouquecer”. Alternativamente, o paciente pode começar a evitar lugares ou situações que ele acredita que possam desencadear um ataque de pânico ou dificultar a fuga no caso de sua ocorrência. Essa evitação pode variar desde simplesmente não dirigir um carro porque a pessoa tem medo de ter um ataque ao dirigir, até jamais sair de casa por causa do medo de ter um ataque em um lugar que não seja “seguro”, o que justifica, possivelmente, um diagnóstico adicional de Agorafobia.

Critério C – Não é decorrente de uma CMG e não é induzido por substância/medicamento.

Este item instrui o clínico a considerar e eliminar uma CMG ou substância/medicamento como causa etiológica dos ataques de pânico, em cujo caso o Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento é diagnosticado. Lembre-se de avaliar com cuidado a ingestão de cafeína, e não esqueça de que essa substância está presente em uma variedade de alimentos, bebidas e medicamentos vendidos sem prescrição médica, como fármacos para cefaleia. (A cafeína é listada entre os códigos diagnósticos para Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância.) Embora o uso de substâncias possa ser associado ao início dos ataques de pânico, uma etiologia induzida por substância deve ser considerada quando ataques subsequentes ocorrem APENAS no contexto do uso. Veja a Seção 9, “Diferenciando Etiologias Médica Geral e de Substância/Medicamento de Transtornos Primários”, para uma discussão sobre como classificar este critério. Se o clínico decide que o diagnóstico é Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento, esse diagnóstico deve ser registrado na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, sob a rubrica Outros Transtornos.

Critério D – Não é mais bem explicado por outro transtorno mental. Este critério abrange, essencialmente, o mesmo território diagnóstico que a exigência de que haja, pelo menos, dois ataques de pânico inesperados. Ele pergunta se os ataques são mais bem explicados por outro transtorno mental. Este julgamento depende da determinação de que os ataques de pânico são desencadeados por um estímulo provocador de ansiedade que surge no contexto de outro transtorno. Por exemplo, considere um indivíduo com Transtorno de Ansiedade Social de longa data que tem um ataque de pânico ao falar diante de um grande grupo de pessoas. Visto que o ataque de pânico foi desencadeado pela exposição a uma situação provocadora de ansiedade (i.e., falar em público), ele é considerado mais bem explicado pelo diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social.

Classificação para Transtorno de Pânico Atual. Até este ponto, a avaliação dos critérios da condição focou no Transtorno de Pânico ao longo da vida. Este item serve para determinar se os critérios são atualmente satisfeitos para Transtorno de Pânico (i.e., no último mês). Em vez de repetir a avaliação de cada critério para o mês atual, a SCID-5-CV requer apenas uma determinação de se houve ou não pelo menos dois ataques de pânico no último mês, ou se houve, durante esse período, preocupação quanto a ter outro ataque de pânico (Critério B1) ou mudanças desadaptativas no comportamento relacionadas aos ataques (Critério B2). Observe que, ao avaliar a presença dos ataques de pânico atuais, não é necessário que aqueles que ocorreram no último mês tenham sido “inesperados”, já que o diagnóstico do DSM-5 para Transtorno de Pânico exige apenas que, ao longo da vida do indivíduo, pelo menos dois ataques de pânico o tenham sido. Para o propósito de determinar se o Transtorno de Pânico é atual, os ataques recorrentes desencadeados por lugares ou situações seriam contabilizados, refletindo o curso típico do transtorno em que os ataques de pânico subsequentes aos primeiros ataques inesperados se tornaram associados a gatilhos ambientais.

10.8.2 Classificações para Agorafobia (F23–F31)

A Agorafobia é um Transtorno de Ansiedade caracterizado pelo medo e a evitação de vários tipos de lugares ou situações por causa do receio de ter sintomas do tipo pânico e dos pensamentos de que seria difícil escapar ou de que pode não haver auxílio disponível. Em contraste ao DSM-IV, no qual a Agorafobia estava vinculada ao Transtorno de Pânico, no DSM-5, a condição é diagnosticada separadamente, de modo que ambos os diagnósticos sejam possíveis.

Critério A – Medo ou evitação em relação a pelo menos dois de cinco tipos de situações. O primeiro critério para Agorafobia no DSM-5 exige medo ou ansiedade em relação a duas (ou mais) de uma lista de cinco situações específicas. No rótulo de item F23, a pergunta inicial a ser feita é se o paciente já ficou “muito ansioso ou com medo de situações como sair de casa sozinho, ficar em meio a uma multidão, visitar lojas, permanecer em filas ou viajar de ônibus ou trem”, a qual é seguida por uma investigação aberta sobre os tipos reais de situações que o paciente vem temendo. Em seguida, são feitas cinco perguntas específicas sobre os cinco tipos de situações especificadas no critério (i.e., uso de transporte público, permanecer em espaços abertos, permanecer em locais fechados, permanecer em uma fila ou ficar em meio a uma multidão, sair de casa sozinho). Observe que essas perguntas são precedidas pela instrução condicional “SE [O MOTIVO] FOR DESCONHECIDO”, pois se espera que, após a pergunta inicial e a pergunta aberta adicional, as respostas para essas perguntas específicas já sejam conhecidas.

Critério B – Medo ou evitação de situações devido aos pensamentos de que pode ser difícil escapar ou de que pode não haver auxílio disponível. A avaliação deste critério envolve determinar o motivo pelo qual o paciente está evitando as situações do Critério A. A primeira pergunta é aberta e indaga por que o indivíduo está evitando as situações e/ou o que teme que poderia acontecer caso estivesse em uma dessas situações. As perguntas adicionais abrangem especificamente as experiências mais comuns, incluindo ter medo de que seria difícil sair da situação no caso de ter um ataque de pânico, desenvolver um sintoma que seria constrangedor, ferir-se de alguma forma ou ficar preocupado com a possibilidade de não haver ninguém para ajudá-lo caso esses sintomas incapacitantes ou constrangedores se desenvolvessem repentinamente.

Critério C – As situações agorafóbicas quase sempre provocam medo ou ansiedade. Esse critério reflete a natureza fóbica da perturbação, exigindo relativa consistência no que diz respeito à reação do paciente quando está em uma situação temida. Assim, alguém que fica ansioso apenas ocasionalmente em uma situação agorafóbica (p. ex., fica ansioso quando permanece em uma fila ou em apenas uma a cada cinco ocasiões) não seria diagnosticado com Agorafobia. Entretanto, o grau de medo ou ansiedade expresso pode variar, desde a ansiedade antecipatória até um ataque de pânico completo, nas diferentes ocasiões em que se está em uma situação temida ou se está esperando por ela devido a vários fatores contextuais, como a presença de um acompanhante confiável.

Critério D – As situações agorafóbicas são ativamente evitadas, requerem a presença de uma companhia ou são suportadas com intenso medo ou ansiedade. Observe que a classificação de “+” ainda pode ser apropriada para um paciente que é capaz de se forçar

a enfrentar as situações temidas, mas apenas com sofrimento intenso ou um acompanhante confiável.

Critério E – O medo ou a ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pelas situações sociais e o contexto sociocultural. Este critério exige que o clínico considere os fatores contextuais ou culturais que possam indicar que o medo, a ansiedade ou a evitação sejam normais dado o contexto. Por exemplo, não seria apropriado diagnosticar a Agorafobia em um indivíduo que evita sair à noite como uma resposta razoável ao fato de viver em uma vizinhança extremamente perigosa. A SCID-5-CV aborda esse componente do critério diretamente, ao fazer o clínico perguntar ao paciente se ele sente qualquer perigo ou ameaça à sua segurança quando está nas situações temidas. O comportamento de evitação com base em fatores culturais (p. ex., leis que proíbem as mulheres de viajar desacompanhadas em certos países muçulmanos) também não seria contabilizado para o diagnóstico, mas não há uma pergunta que seja capaz de cobrir todos os cenários: o clínico deve aplicar esse componente do critério conforme for apropriado, com base no contexto cultural do paciente.

Critério F – O medo, a ansiedade ou a evitação é persistente. É necessária a duração mínima de seis meses para eliminar respostas transitórias.

Critério G – O medo, a ansiedade ou a evitação causa prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo. Ao longo de toda a SCID-5-CV, o “prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo” é avaliado fazendo-se uma pergunta aberta para determinar o impacto que o medo, a ansiedade ou o comportamento de evitação teve na vida do paciente. As perguntas adicionais são opcionais e abrangem, especificamente, vários domínios do funcionamento que podem ser impactados pelo medo, pela ansiedade ou pela evitação; elas devem ser feitas somente se a resposta do paciente não esclarecer se os sintomas interferem no funcionamento.

Critério H – Se uma CMG estiver presente, a ansiedade, a evitação ou o medo relacionado é excessivo. Diversas CMGs, como doença inflamatória intestinal, doença de Parkinson e doença arterial coronariana grave, são caracterizadas por sintomas que, às vezes, podem ser fisicamente incapacitantes. É possível que indivíduos com essas condições médicas evitem, de forma apropriada, lugares ou situações em que pode não haver auxílio disponível no caso de um sintoma incapacitante relacionado a uma dessas condições médicas se desenvolver, e, nesses casos, o diagnóstico de Agorafobia não deve ser feito. Entretanto, se o medo, a ansiedade ou a evitação do paciente é claramente excessivo, então o diagnóstico é permitido. Por exemplo, evitar a direção por algumas semanas após um infarto agudo do miocárdio certamente não justificaria o diagnóstico de Agorafobia, enquanto ficar confinado em casa por dois anos após um leve infarto do miocárdio poderia justificar o diagnóstico.

Critério I – Não é mais bem explicado por outro transtorno mental. Este critério é semelhante ao Critério D do Transtorno de Pânico e serve como um lembrete para considerar se o medo e a evitação podem ser mais bem caracterizados como parte de outro transtorno mental. Dois dos limites mais difíceis para a Agorafobia estão entre a Fobia Específica e o Transtorno de Ansiedade Social. A Agorafobia envolve a evitação de pelo menos dois tipos diferentes de situações, refletindo a imprevisi-

bilidade geral dos ataques de pânico. Em contrapartida, a Fobia Específica tende a ser limitada a uma situação temida de forma consistente. Além disso, o início da Agorafobia está geralmente relacionado ao início dos ataques de pânico, enquanto a Fobia Específica tende a ser para toda a vida ou se desenvolve após uma experiência traumática. Determinar se a evitação de situações sociais está relacionada ao Transtorno de Ansiedade Social ou ao medo de desenvolver um ataque de pânico em uma situação social (o que poderia justificar um diagnóstico de Agorafobia) depende, em geral, da relação temporal entre o início dos ataques de pânico e a evitação. Se um indivíduo desenvolve evitação de situações sociais somente DEPOIS do início dos ataques de pânico, então Agorafobia é o diagnóstico mais apropriado. Um paciente com evitação social de longa data que recentemente desenvolveu ataques de pânico quando está em situações sociais seria mais bem diagnosticado com o Transtorno de Ansiedade Social. Observe que este critério NÃO impede que se faça o diagnóstico de Agorafobia E outro transtorno caracterizado pela evitação no mesmo indivíduo (p. ex., um indivíduo com uma fobia de cães desde a infância que desenvolve ataques de pânico inesperados em situações sem a presença de cães).

10.8.3 Classificações para Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social) (F32–F41)

Critério A – Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais. Uma grande variedade de gatilhos sociais pode se qualificar como “situações sociais” neste critério: o ponto em comum entre eles é que a pessoa está exposta ao escrutínio das demais. Três tipos de situações estão incluídos: interações sociais, como conversar ou encontrar pessoas desconhecidas; ser observado pelos outros enquanto come, bebe ou vai ao banheiro; ou situações de desempenho diante de outros, como proferir palestras ou fazer uma apresentação musical. Observe que, para se classificar este critério como “+”, o grau de medo ou ansiedade deve ser “acentuado” (de acordo como o critério do DSM-5) ou “intenso” (de acordo como o texto do DSM-5, p. 203). Uma vez que as angústias em relação a falar em público são tão onipresentes, é importante evitar classificar este critério como “+” para falar em público, a não ser que esteja claro que as angústias da pessoa são excessivas e não diminuem com a prática.

Critério B – Medo de agir de uma forma que será negativamente avaliada. Este item estabelece a razão para o medo de situações sociais. Após iniciar com uma pergunta aberta (i.e., “O que você temia que fosse acontecer quando...”), são oferecidas várias perguntas adicionais que abrangem razões específicas para o medo caso a resposta do paciente à pergunta inicial não seja clara (p. ex., “medo de ser constrangido”, “medo [de...] ser rejeitado”, “deixar as pessoas desconfortáveis ou ofendê-las”). Este último exemplo se aplica especialmente aos indivíduos de culturas com fortes orientações coletivistas (p. ex., Japão). A evitação de um comportamento por causa de preocupações de que os padrões elevados não serão satisfeitos (como no Transtorno da Personalidade Obsessivo-compulsiva) não justifica uma classificação de “+”.

Critério C – As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade. Este critério deve ser classificado como “–” se a ansiedade e a evitação forem expressadas de maneira inconsistente (p. ex., medo de falar em uma aula, mas sem medo de falar em uma aula diferente com o mesmo número de pessoas).

Critério D – As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade. Este critério demonstra que a evitação de situações sociais não é uma parte necessária desse transtorno. Um diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social também pode se aplicar àqueles que se forçam a ir a festas, dar palestras ou comparecer a entrevistas de emprego, mas que se sentem intensamente ansiosos ao fazê-lo.

Critério E – O medo ou a ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pelas situações sociais e o contexto sociocultural. Este critério exige que o clínico considere fatores contextuais ou culturais que possam indicar que a ansiedade social do paciente é normal, dado o contexto. Por exemplo, não seria apropriado diagnosticar Transtorno de Ansiedade Social em um indivíduo cuja evitação de situações sociais está limitada àquelas em que ele é alvo de *bullying* ou é ameaçado. De forma semelhante, o diagnóstico não se aplica se a ansiedade de desempenho de um indivíduo esteve limitada a situações em que um desempenho ruim tem consequências negativas graves (p. ex., altos níveis de medo e ansiedade antes de defender uma tese). De acordo com isso, a SCID-5-CV inclui uma pergunta aberta para questionar o paciente sobre sua opinião sobre o impacto provável de ter um desempenho ruim na situação temida. Então, a resposta seria analisada para avaliar possíveis distorções sobre a probabilidade de mau desempenho (p. ex., o paciente ignora o fato de que ensaiou bastante) ou o possível exagero em relação ao impacto do fracasso. O comportamento de evitação com base em fatores culturais (p. ex., expectativas culturais de que as mulheres sejam reservadas em situações sociais) também não seria contabilizado para o diagnóstico, mas não há uma pergunta que seja capaz de cobrir todos os cenários: o clínico deve aplicar esse componente do critério conforme for apropriado, com base no contexto cultural do paciente.

Critério F – O medo, a ansiedade ou a evitação é persistente. É necessária a duração mínima de seis meses para eliminar respostas transitórias.

Critério G – O medo, a ansiedade ou a evitação causa prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo. Ao longo de toda a SCID-5-CV, o “prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo” é avaliado fazendo-se uma pergunta aberta para determinar o impacto que o medo, a ansiedade ou o comportamento de evitação teve na vida do paciente. As perguntas adicionais são opcionais e abrangem, especificamente, vários domínios do funcionamento que podem ser impactados pelo medo, pela ansiedade ou pela evitação; elas devem ser feitas somente se a resposta do paciente não esclarecer se os sintomas interferem no funcionamento.

A maioria dos diagnósticos potenciais de Transtorno de Ansiedade Social é realizada ou excluída neste critério de “relevância clínica”. Os usuários experientes da SCID podem optar por ir diretamente para a classificação deste critério se parecer provável que a ansiedade social vá se tornar clinicamente significativa. Um diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Social não é feito a menos que a evitação, a ansiedade antecipatória ou o sofrimento seja clinicamente significativo (i.e., interfere no funcionamento, em atividades sociais ou nos relacionamentos; ou há sofrimento intenso EM RELAÇÃO A ter o medo ou a evitação). Assim, por exemplo, o medo de falar em público de um encanador que praticamente nunca é solicitado a se dirigir a grupos provavelmente não irá satisfazer este critério. Alguns indivíduos que restringem consideravelmente suas vidas para evitar situações sociais podem relatar falta de sofrimento porque sua ansiedade social é raramente ativada. Uma classificação

de “+” ainda pode ser justificada se o clínico fizer um julgamento de que a ansiedade social teve impacto negativo significativo no funcionamento do paciente.

Critério H – Não é decorrente de uma CMG e não é induzido por substância/medicamento.

O tipo de ansiedade ou evitação visto no Transtorno de Ansiedade Social raramente seria associado a uma CMG ou a uma substância/medicamento. É possível, contudo, imaginar um cenário em que um paciente que usa quantidades excessivas de cafeína ou anfetamina para melhorar seu desempenho cognitivo em situações sociais fique ansioso nesses contextos por causa do uso da substância, e não da situação social em si. Veja a Seção 9, “Diferenciando Etiologias Médica Geral e de Substância/Medicamento de Transtornos Primários”, para uma discussão sobre como classificar este critério. Se o clínico decide que o diagnóstico é Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento, isso deve ser registrado na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, sob a rubrica Outros Transtornos.

Critério I – Não é mais bem explicado por outro transtorno mental. Esse critério é semelhante ao Critério I da Agorafobia, uma vez que serve como lembrete para considerar se o medo e a evitação podem ser mais bem caracterizados como parte de outro transtorno mental. Embora não seja explicitamente mencionado no Critério I, um dos limites mais difíceis de determinar é entre o Transtorno de Ansiedade Social e a Agorafobia. Normalmente, esta última envolve a evitação de um conjunto de situações, refletindo a imprevisibilidade geral dos ataques de pânico. Determinar se a evitação de situações sociais está relacionada ao Transtorno de Ansiedade Social ou ao medo de desenvolver um ataque de pânico em uma situação social (o que justificaria um diagnóstico de Agorafobia) depende, em geral, da relação temporal entre o início dos ataques e a evitação social. Se um indivíduo desenvolve tal evitação somente DEPOIS do início dos ataques de pânico, então a Agorafobia é o diagnóstico mais apropriado. Um paciente com evitação social de longa data que desenvolve ataques de pânico quando está em situações sociais seria mais bem diagnosticado com o Transtorno de Ansiedade Social. Embora também não tenha sido explicitamente mencionado no Critério I, outros transtornos de ansiedade são diferenciados do Transtorno de Ansiedade Social em virtude do foco da ansiedade (p. ex., no Transtorno de Ansiedade de Separação, a ansiedade está relacionada a estar separado de figuras de apego, em vez de ser desencadeada pelas situações sociais).

Critério J – Se uma CMG ou transtorno mental potencialmente constrangedor está presente, o medo, a ansiedade ou a esquiva é claramente não relacionado ou excessivo. Uma variedade de CMGs (p. ex., doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) e transtornos mentais (p. ex., Transtorno de Tique, Transtorno na Fluência da Fala com Início na Infância [Gagueira], Anorexia Nervosa) são caracterizados por sintomas que são constrangedores e podem levar ao ostracismo social. Assim, para alguns indivíduos com essas condições médicas ou patologias mentais, pode ser que seja razoável evitar situações sociais devido à possibilidade real de que possam vir a ser constrangidos ou rejeitados; esses indivíduos não devem ser diagnosticados com Transtorno de Ansiedade Social. Entretanto, o clínico ainda pode fazer esse diagnóstico se, de acordo com o seu julgamento, o medo ou a ansiedade do paciente em relação à situação social 1) é claramente não relacionado

à condição médica ou ao transtorno mental do paciente ou 2) é excessivo. Observe que a expressão entre colchetes “ou transtorno mental potencialmente constrangedor” não está no critério do DSM-5 e foi adicionada à SCID-5-CV. O Critério H correspondente do DSM-IV (“Se uma condição médica geral ou outro transtorno mental estiver presente, o medo... não está relacionado a isso, p. ex., o medo não é da gagueira, do tremor na doença de Parkinson ou da exibição de comportamento alimentar estranho na anorexia nervosa ou na bulimia nervosa”) incluía tanto as CMGs quanto os transtornos mentais. Após um debate com o Grupo de Trabalho do DSM-5, determinou-se que o componente do transtorno mental foi omitido deste critério de forma não intencional.

10.8.4 Classificações para Transtorno de Ansiedade Generalizada Atual (F42–F54)

Critério A – Ansiedade e preocupação excessivas em relação a uma variedade de eventos e atividades na maioria dos dias. São fornecidas perguntas separadas para cada um dos três subcomponentes deste critério, e todas devem ser verdadeiras para que o critério seja classificado como “+”. Assim, a ansiedade e a preocupação não estão focadas em uma ou duas questões, mas em uma grande variedade delas. Por exemplo, o indivíduo se preocupa com: a saúde e a segurança do seu cônjuge e dos seus filhos, sua situação financeira, a possibilidade de estar atrasado para um compromisso, não ter tempo suficiente para terminar um projeto, o que vestir para uma festa, se corre risco de perder o emprego e se a água está contaminada. Segundo, a ansiedade e a preocupação devem ser “excessivas”, isto é, a intensidade, a duração ou a frequência da ansiedade e da preocupação são desproporcionais em relação à probabilidade ou ao impacto real do evento (p. ex., um indivíduo está apreensivo com preocupações de que o cônjuge de 30 anos possa morrer de infarto do miocárdio, apesar da ausência de problemas médicos além de uma elevação leve de colesterol). Por fim, a ansiedade e a preocupação devem ter ocorrido na maioria dos dias nos últimos seis meses.

Critério B – A preocupação é difícil de controlar. Ao reconhecerem que a preocupação é excessiva, os indivíduos com este problema muitas vezes dirão a si próprios para parar com isso e tentar pensar em outra coisa, mas acabarão retornando inexoravelmente àquilo que os preocupa no momento.

Critério C – Três de seis sintomas associados. Observe que, como a própria ansiedade generalizada, alguns desses sintomas também devem estar presentes “na maioria dos dias” por um período de, pelo menos, seis meses.

Critério D – Causa prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo. Este critério ajuda a estabelecer o limite entre a ansiedade clinicamente significativa no Transtorno de Ansiedade Generalizada e a ansiedade “normal”. A ansiedade e a preocupação devem ser consideradas clinicamente significativas apenas se são suficientemente graves para causar sofrimento ou prejuízo acentuado ao funcionamento.

Critério E – Não é decorrente de uma CMG e não é induzido por substância/medicamento. As CMGs e substâncias/medicamentos devem ser considerados e julgados como fatores etiológicos para a ansiedade, e, se positivo, o Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica ou o Transtorno de Ansiedade Induzido por Substân-

cia/Medicamento deve ser diagnosticado. Lembre-se de avaliar cuidadosamente a ingestão de cafeína, tendo sempre em mente que essa substância está presente em uma variedade de alimentos, bebidas e medicamentos vendidos sem prescrição médica, como medicamentos para cefaleia. Veja a Seção 9, “Diferenciando Etiologias Médica Geral e de Substância/Medicamento de Transtornos Primários”, para uma discussão sobre como classificar este critério. Se o clínico decide que o diagnóstico é Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento, isso deve ser registrado na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, sob a rubrica Outros Transtornos.

Critério F – Não é mais bem explicado por outro transtorno mental. Ansiedade e preocupação são componentes importantes de muitos transtornos mentais. Um diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada somente é apropriado se há sintomas adicionais de ansiedade e focos de preocupação que não façam parte de outro transtorno mental. Por exemplo, um indivíduo com ansiedade social proeminente que se preocupa com a possibilidade de ser constrangido em situações sociais pode justificar o diagnóstico adicional de Transtorno de Ansiedade Generalizada caso haja, também, preocupações com saúde, situação financeira e outras questões não sociais.

10.9 Módulo G. Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno de Estresse Pós-traumático

Na SCID-5-RV, o TOC está incluído em seu próprio módulo, juntamente com outros Transtornos Obsessivo-compulsivos e Transtornos Relacionados, refletindo seu agrupamento no DSM-5. De forma semelhante, na SCID-5-RV, o TEPT está incluído em seu próprio módulo, junto com outros Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores do DSM-5, como o Transtorno de Estresse Agudo. Considerando que esses outros transtornos não são abrangidos pela SCID-5-CV, tanto o TOC quanto o TEPT são apresentados juntos no Módulo G. (Agrupado no DSM-5 com Transtornos Relacionados a Trauma e a Estressores, o Transtorno de Adaptação é colocado em seu próprio módulo [Módulo J] no final da SCID-5-CV. A avaliação do Transtorno de Adaptação na SCID-5-CV vem depois de todos os outros, porque o seu diagnóstico se aplica somente se há um estressor identificado e se os critérios para outro transtorno específico do DSM-5 não forem satisfeitos.)

10.9.1 Classificações para Transtorno Obsessivo-compulsivo (G1–G8)

Critério A. Obsessões (1) – pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes. As *obsessões* são definidas como pensamentos, impulsos ou imagens vivenciados em algum momento durante a perturbação como intrusivos e indesejados. A experiência desses pensamentos, impulsos ou imagens, por parte do paciente, pode mudar durante o curso da perturbação; por isso, incluímos a expressão “em algum momento durante a perturbação” do DSM. A avaliação da SCID-5-CV para o TOC começa com três perguntas para avaliar os diferentes tipos de obsessões, jun-

tamente com a solicitação de detalhes específicos, caso o paciente responda “SIM” a qualquer uma delas:

- A primeira pergunta indaga sobre as obsessões que tomam a forma de pensamentos: “Você foi incomodado por pensamentos que lhe vinham à cabeça, mesmo quando não os queria, como o de ser exposto a germes ou sujeira, ou de necessitar que tudo esteja alinhado de certa maneira?”.
- A segunda pergunta indaga sobre impulsos obsessivos: “E quanto a ter impulsos para fazer algo que lhe vinha à cabeça, embora você não os quisesse, como um impulso para machucar uma pessoa amada?”.
- A terceira pergunta indaga sobre imagens obsessivas: “E quanto a ter imagens indesejadas surgindo em sua cabeça, como cenas violentas ou horríveis, ou alguma coisa de natureza sexual?”.

O problema diagnóstico mais comum é distinguir as obsessões verdadeiras dos outros pensamentos angustiantes e repetitivos, como apreensões excessivas em relação a preocupações realistas, ruminações depressivas e delírios. As obsessões têm uma qualidade intrusiva, inapropriada e egodistônica, além de serem vivenciadas pelo paciente como algo diferente e mais estranho do que as preocupações e apreensões que caracterizam o Transtorno de Ansiedade Generalizada. Um pensamento recorrente, intrusivo e que provoca ansiedade no paciente ao dirigir, como o de que ele passou com o carro por cima de uma criança sem perceber, é uma obsessão. Já um paciente que passa a mesma quantidade de tempo se preocupando com a sua aposentadoria provavelmente tem Transtorno de Ansiedade Generalizada. Diferentemente das obsessões, as ruminações depressivas e os delírios não são percebidos, em geral, como intrusivos ou inapropriados, mas entendidos pelo paciente como foco válido de preocupação, mesmo se ele percebe que a preocupação é excessiva e tenta parar de pensar nisso.

Naquela situação em que o diagnóstico diferencial é particularmente desafiador, pode ser útil lembrar o fato de que as obsessões e as compulsões normalmente andam juntas (na verdade, mais de 90% do tempo, segundo os testes de campo do DSM-IV). Portanto, ao tentar distinguir entre uma obsessão de TOC e outros pensamentos repetitivos, o ponto de definição pode ser determinar se as compulsões estão presentes ou não.

Depois das três perguntas sobre tipos de obsessões, a pergunta adicional no rótulo de item G1 (“SE A RESPOSTA FOR SIM PARA QUALQUER DAS PERGUNTAS ACIMA”) questiona se os pensamentos, os impulsos ou as imagens deixaram a pessoa aborrecida. Esse aspecto do critério (que causa ansiedade ou sofrimento acentuado) não é, na verdade, uma exigência, dado que o critério especifica que a ansiedade ou o sofrimento está presente para a “maioria dos indivíduos”. Se os pensamentos, os impulsos e as imagens não causam ansiedade ou sofrimento, isso não exclui o diagnóstico de obsessão; contudo, a presença de ansiedade ou sofrimento fortalece a confiança na existência de uma obsessão, em vez de outro tipo de pensamento repetitivo.

Obsessões (2) – tentativas de ignorar, suprimir ou neutralizar. Outra característica distintiva de uma obsessão é que o indivíduo tenta reduzir a ansiedade ou o sofrimento associado ao pensamento, ao impulso ou à imagem ignorando ou suprimindo o pensamento de forma ativa (p. ex., uma pessoa com uma obsessão com contamina-

ção que evita gatilhos conhecidos, como sujeira) ou neutralizando esse pensamento por meio da execução de uma compulsão.

Compulsões (1) e (2) – comportamentos repetitivos ou atos mentais. As compulsões são distintas de outras formas de comportamento repetitivo por causa da motivação subjacente para o comportamento: reduzir ou prevenir a ansiedade associada à obsessão (p. ex., lavar as mãos alivia a ansiedade desencadeada por uma obsessão de estar contaminado; repetir uma prece exatas 36 vezes tem por objetivo neutralizar o sofrimento causado por ter um pensamento obsceno de forma obsessiva). Os comportamentos repetitivos específicos do paciente são investigados no rótulo de item G3. As compulsões mais comuns são comportamentos, como lavar as mãos, tocar ou pegar de forma repetitiva e substituir um objeto repetidas vezes, ou atos mentais, como contar ou repetir uma palavra ou frase em vários momentos.

Determinar que o comportamento se destina a reduzir a ansiedade que acompanha uma obsessão é muito útil na diferenciação de uma compulsão de outros comportamentos repetitivos, como tiques e estereotípias. A primeira pergunta do rótulo de item G4 aborda o propósito das compulsões. As perguntas seguintes do rótulo de item G4 (“Quantas vezes você realizaria o [ATO COMPULSIVO]? Você tem feito o [ATO COMPULSIVO] mais vezes do que faria sentido?”) se propõem a ajudar o clínico a determinar se os “comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos”, que é uma característica requerida, além da exigência de que os comportamentos ou atos mentais sejam destinados a evitar ou reduzir o sofrimento. Muito embora se pergunte ao paciente se ele acha que o comportamento “realmente faz sentido”, o julgamento sobre se os comportamentos ou atos estão conectados de uma maneira realista ou são excessivos depende, em última instância, do clínico.

Verifique as obsessões e/ou compulsões. O clínico prossegue com a avaliação do Critério B somente se o Critério A estiver presente. Assim, se jamais houve quaisquer obsessões ou compulsões, o clínico pula a avaliação do TOC e prossegue com a avaliação do TEPT, iniciando com o item G9, página 235.

Critério B – Relevância clínica. Este critério exige que as obsessões ou as compulsões sejam clinicamente significativas. Observe que o critério da relevância clínica também inclui uma expressão indicando que as obsessões ou compulsões “tomam tempo (p. ex., tomam mais de uma hora por dia)”. Essa frase permite que o clínico conclua que o prejuízo está presente mesmo diante da aparente falta de preocupação ou negação, por parte do paciente, em relação ao comportamento ou à racionalização de que ele é útil.

Critério C – Não é decorrente de uma CMG e não é induzido por substância/medicamento. Este item instrui o clínico a considerar e eliminar uma CMG ou substância/medicamento como fator etiológico para as obsessões ou compulsões. (Tais etiologias são bastante raras.) Se a CMG ou uma substância/medicamento é fator etiológico para os sintomas, Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento é diagnosticado. Veja a Seção 9, “Diferenciando Etiologias Médica Geral e de Substância/Medicamento de Transtornos Primários”, para uma discussão sobre como classificar este critério. Se o clínico decide que o diagnóstico é de Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relaciona-

do Devido a Outra Condição Médica ou Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento, isso deve ser registrado na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, sob a rubrica Outros Transtornos.

Critério D – Não é mais bem explicado por outro transtorno mental. O diagnóstico adicional de TOC não deve ser dado junto com outro transtorno mental se os pensamentos ou comportamentos repetitivos podem ser considerados características da outra patologia. Muitos dos sintomas dos outros transtornos que são dados como exemplos no critério do DSM-5 não satisfazem realmente o teste de obsessões do Critério A do TOC, ou seja, não são considerados “intrusivos e indesejados”. Por exemplo, quando uma paciente com Anorexia Nervosa está preocupada em medir a quantidade exata de calorias nos alimentos que ingere, ela pode aceitar somente que esse comportamento é excessivo, mas não que ele é intrusivo ou indesejado. É claro, ter Anorexia Nervosa não protege ninguém contra o TOC; a paciente anoréxica também pode ter rituais de lavar as mãos que não estejam relacionados ao seu transtorno alimentar, e, assim, receber ambos os diagnósticos.

10.9.2 Classificações para Transtorno de Estresse Pós-traumático (G9–G41)

História de trauma ao longo da vida. Dado que o TEPT pode resultar de exposição ao trauma em qualquer época durante a vida da pessoa, sua avaliação começa com uma história de trauma ao longo da vida (rótulo de item G9) que corresponde ao Critério A no DSM-5. Cinco perguntas de avaliação que abrangem tipos importantes de trauma são fornecidas : 1) desastres, incêndios, combate, acidentes de carro e acidentes no local de trabalho; 2) ameaça ou ocorrência real de agressão ou abuso físico ou sexual; 3) ter visto outra pessoa sendo agredida ou abusada sexual ou fisicamente, ou, ainda, ameaçada de agressão física ou sexual; 4) ver outra pessoa assassinada ou morta ou gravemente ferida; e 5) ficar sabendo que uma dessas coisas aconteceu a alguém próximo. Para capturar exemplos de exposição ao trauma que poderiam ter sido deixados de lado por essas perguntas de avaliação, uma pergunta adicional indaga se o indivíduo já foi vítima de um crime grave. Por fim, se o paciente não endossou nenhum evento traumático até aqui, o clínico conclui a avaliação de trauma no rótulo de item G9 pedindo para que o indivíduo descreva a experiência mais estressante ou traumática de sua vida.

Se houve quaisquer eventos traumáticos ao longo da vida do paciente, o clínico é instruído a questionar sobre três dos eventos usando as perguntas detalhadas nas caixas para os rótulos de item G10–G12 (p. 235–236). Para cada evento, o profissional primeiro registra a descrição do evento e, então, o classifica em termos de tipo (episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual) e o modo de exposição (experiência direta, testemunhar pessoalmente o evento acontecer com outras pessoas, saber que ele aconteceu a um familiar ou amigo próximo ou exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos de eventos traumáticos). Por fim, para cada evento, o clínico indica a idade do paciente na época do ocorrido e se ele foi único ou houve uma exposição prolongada ou repetida ao mesmo trauma, como violência doméstica contínua. A escolha dos três eventos detalhados nos rótulos de

item G10–G12 cabe ao profissional, e esses podem ser os três “piores” eventos (i.e., mais graves), os três mais recentes ou qualquer combinação deles.

Observe que, no processo de decidir se uma experiência traumática se qualifica para o Critério A (ser classificada no rótulo de item G13), é útil estar ciente do escopo dos exemplos de trauma que estão incluídos no texto do DSM-5:

Os eventos traumáticos [qualificadores] do Critério A sofridos diretamente incluem, mas não se limitam a, exposição à guerra como combatente ou civil, ameaça ou ocorrência real de agressão física (ataque físico, assalto, furto, abuso físico infantil), ameaça ou ocorrência real de violência sexual (p. ex., penetração sexual forçada, penetração sexual facilitada por álcool/droga, contato sexual abusivo, abuso sexual sem contato, tráfico sexual), sequestro, ser mantido refém, ataque terrorista, tortura, encarceramento como prisioneiro de guerra, desastres naturais ou perpetrados pelo homem e acidentes automobilísticos graves. Para crianças, eventos sexualmente violentos podem incluir experiências sexuais inapropriadas em termos do estágio de desenvolvimento sem violência física ou lesão (p. 274).

Em relação a incidentes médicos potencialmente traumáticos, o DSM-5 aponta que passar por um problema médico debilitador ou que possa levar a óbito não necessariamente se qualifica. De acordo com o DSM-5 (p. 274), “os incidentes médicos que se qualificam como eventos traumáticos incluem eventos súbitos e catastróficos (p. ex., despertar durante uma cirurgia, choque anafilático)”. Quanto aos tipos de eventos testemunhados que podem se qualificar para o Critério A, de acordo com o DSM-5, esses eventos

incluem, mas não se limitam a, observação de ameaça de lesão ou lesão real grave, morte natural, abuso físico ou sexual de outra pessoa em virtude de agressão violenta, violência doméstica, acidente, guerra ou desastre ou catástrofe médica envolvendo um filho (p. ex., uma hemorragia potencialmente fatal) (p. 274).

Observe que testemunhar uma morte natural, como estar presente em uma sala de hospital durante a morte de um amigo ou parente próximo, não é um trauma qualificador. No que tange à exposição indireta por ter conhecimento do evento, de acordo com o DSM-5, os traumas qualificadores estão

limitados a experiências que afetam parentes ou amigos próximos e experiências violentas ou acidentais (p. ex., morte por causas naturais não se qualifica). Esses eventos incluem ataque pessoal violento, suicídio, acidente grave e lesão grave (p. 274–275).

Pode ser que alguns desses eventos traumáticos não sejam muito fáceis para o paciente sequer discutir, muito menos lembrar os detalhes. Se o clínico notar que o indivíduo está hesitando ou mostrando outros sinais de sofrimento, é importante prestar atenção a essa dificuldade. Muitas vezes, o desconforto do paciente é aliviado quando ele ouve por que é importante saber dos detalhes a respeito do(s) evento(s) traumático(s) (p. ex., “Sei que pode ser difícil para você descrever o que aconteceu. É importante que nós consigamos obter o máximo possível de detalhes para que possamos vincular seus sintomas a um evento específico que ocorreu em sua vida. Por isso, gostaria que você fornecesse o máximo de informações que puder”).

Critério A – Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual. Se os únicos eventos traumáticos aos quais o paciente foi exposto ocorreram durante o último mês, o clínico é instruído a pular para a avaliação de TDAH, já que os critérios não podem ser satisfeitos para TEPT, visto que a duração mínima dos sintomas é maior do que um mês. (Esses casos podem satisfazer os critérios para Transtorno de Estresse Agudo, um diagnóstico não abrangido pela SCID-5-CV.) Se o paciente foi exposto a um ou mais eventos traumáticos antes do último mês, o clínico é instruído a revisar a descrição dos eventos traumáticos nos rótulos de item G10–G12 (p. 235–236) para verificar se pelo menos um desses eventos traumáticos satisfaz a exigência do Critério A. Se o paciente foi exposto a mais de um evento qualificador do Critério A, o profissional deve determinar qual evento teve o maior impacto sobre o indivíduo, perguntando “Qual desses... você acha que mais lhe afetou?”.

Pergunta-se ao paciente qual evento (a partir dos rótulos de item G10–G12) teve o maior impacto sobre ele, de modo que se possa selecionar o evento para a avaliação da resposta sintomática que tem a maior probabilidade de satisfazer os critérios para TEPT. Contudo, após avançar ao longo dos critérios do TEPT (rótulos de item G13–G41), é certamente possível que um dos outros eventos também possa ter resultado em TEPT. Portanto, se a resposta ao evento selecionado termina não satisfazendo todos os critérios para esse transtorno e houve outros traumas relatados nos rótulos de item G10–G12, o clínico deve alternar novamente entre os critérios do TEPT, usando um desses outros eventos traumáticos para o propósito da avaliação.

Depois do Critério A, os itens restantes do conjunto de critérios de TEPT são classificados, primeiramente, em relação a se o sintoma ocorreu durante o período que vai da exposição ao evento traumático até o presente (TEPT ao longo da vida). Então, para cada item avaliado “+”, o clínico prossegue com uma pergunta (p. ex., “Esse também foi o caso no último mês?”), a fim de determinar se o sintoma esteve presente durante o último mês (TEPT Atual). As classificações do último mês para cada item são necessárias para determinar se a totalidade dos critérios para o TEPT foi atualmente satisfeita (i.e., no último mês).

Critério B – Pelo menos um sintoma intrusivo. É importante assegurar que os sintomas se desenvolveram pela primeira vez após a exposição ao evento traumático.

Critério B1 – Lembranças angustiantes involuntárias e intrusivas do evento. Este item exige que o paciente tenha apresentado lembranças intrusivas e involuntárias do evento. Em geral, as lembranças incluem componentes comportamentais sensoriais, emocionais ou fisiológicos. As recordações intrusivas são diferenciadas das ruminações depressivas (que, considerando as altas taxas de comorbidade com a depressão, também podem estar presentes) no sentido de que elas são experimentadas pela pessoa como involuntárias e indesejadas.

Critério B2 – Sonhos com o evento. Os sonhos angustiantes que se qualificam para a classificação de “+” não são necessariamente limitados àqueles que repetem o evento em si, mas também incluem conteúdo onírico ou afeto que é representativo ou relacionado tematicamente às principais ameaças envolvidas no acontecimento traumático.

Critério B3 – Reações dissociativas nas quais o evento é revivido. A pessoa vivencia estados dissociativos que duram desde alguns segundos até várias horas ou até mesmo dias, durante os quais aspectos do evento são revividos e a pessoa se sente ou age como se o evento estivesse ocorrendo naquele momento. O texto a seguir está assinalado no DSM-5:

Esses eventos ocorrem em um *continuum* que vai desde intrusões visuais ou sensoriais breves de parte do evento traumático, sem perda de senso de realidade, até a perda total da percepção do ambiente ao redor. Esses episódios, conhecidos como *flashbacks*, são geralmente breves, mas podem estar associados a sofrimento prolongado e excitação elevada. (p. 274-275)

Visto que o termo “*flashbacks*” entrou para o linguajar comum, a pergunta seguinte questiona especificamente se o paciente os experimentou.

CrITÉRIOS B4 e B5 – Sofrimento psicológico ou reações fisiológicas a sinais internos ou externos. As respostas a sinais internos ou externos são separadas em dois itens de TEPT; o Critério B4 aborda o sofrimento psicológico intenso ou prolongado, e o Critério B5 as reações fisiológicas acentuadas. A SCID-5-CV introduz a avaliação desses itens com uma única pergunta que estabelece, primeiramente, a relação de causa e efeito entre a exposição a sinais internos ou externos que simbolizam ou se assemelham ao evento traumático e o desenvolvimento de uma resposta física ou emocional intensa e desagradável. Os sinais internos podem incluir sensações físicas associadas ao evento traumático. Conforme assinalado no texto do DSM-5:

O fator desencadeante pode ser uma sensação física (p. ex., tontura para sobreviventes de traumatismo craniano; frequência cardíaca acelerada para uma criança previamente traumatizada), particularmente para indivíduos com quadros altamente somáticos (p. 275).

Se o paciente nega ter qualquer tipo de reação a lembranças do trauma, tanto o Critério B4 (sofrimento psicológico) como o Critério B5 (reações fisiológicas) podem ser classificados como “-”. Se reconhece ter tido algum tipo de reação, então o clínico deve investigar se essa foi uma reação emocional intensa ou prolongada (rótulo de item G17) ou uma reação física (rótulo de item G18) e, então, classificar cada item de acordo.

Critério C – Evitação persistente de estímulos associados ao evento. O diagnóstico do TEPT exige evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático. No contexto desse critério, o texto do DSM-5 (p. 275) define essa persistência como o comportamento de evitar “sempre ou quase sempre” tais estímulos, embora não haja qualquer especificação de duração mínima no Critério C. A SCID-5-CV operacionalizou esse requisito, exigindo que a evitação ocorra quase o tempo todo por mais de um mês, em conformidade com a duração de “mais de um mês” exigida no Critério F. Também é importante para o clínico estabelecer se esse comportamento evitativo começou após o evento traumático ter ocorrido (i.e., a evitação associada a fobias preexistentes não deve ser contabilizada para o diagnóstico do TEPT).

Critério C1 – Evitação de lembranças, pensamentos ou sentimentos. Este item deve ser classificado como “+” se o paciente faz esforços deliberados para evitar lembranças, pensamentos ou sentimentos relacionados ou intimamente associados ao evento traumático. Visto que lembranças, pensamentos e sentimentos são gerados internamente, a única forma de evitá-los é usar técnicas de distração, como manter-se ocupado, jogar no computador ou *videogame*, assistir à TV ou usar drogas ou álcool para se “entorpecer”.

Critério C2 – Evitação de recordações externas que despertem lembranças, pensamentos ou sentimentos angustiantes. Para este critério, a pessoa geralmente evita recordações externas do evento traumático ao fazer de tudo para evitar pessoas, lugares, atividades, objetos, situações ou qualquer outra coisa que possa despertar lembranças, pensamentos ou sentimentos relacionados ao evento. Por exemplo, um indivíduo que esteve envolvido em um acidente de carro grave pode evitar persistentemente a direção, ou um veterano de guerra pode evitar situações em que possa haver barulhos altos.

Para alguns indivíduos, a necessidade de fazer esforços deliberados para evitar recordações pode depender do potencial de encontrar a recordação em sua vida diária. Por exemplo, considere um indivíduo que mora na cidade de Nova York e dirige seu carro somente quando precisa ir ao supermercado. Após se envolver em um acidente automobilístico grave, ele evita dirigir até o supermercado e, em vez disso, toma providências para que suas compras sejam entregues em casa. De um ponto de vista estritamente comportamental, seu comportamento de evitação ativa não seria persistente porque ele evita dirigir, de forma deliberada, apenas naquelas ocasiões em que surge a necessidade de dirigir. Contudo, no contexto deste critério, a evitação persistente é tanto de atitude como comportamental. Mesmo que o indivíduo não precise evitar ativamente uma recordação todos os dias, como nesse exemplo, a evitação satisfaria o requisito quanto à persistência se a pessoa estivesse continuamente consciente de que não viria a entrar em um carro.

Critério D – Alterações negativas nas cognições e no humor. Este grupo de sintomas do Critério D envolve alterações negativas nas cognições e no humor que começam ou pioram após a ocorrência de um evento traumático. A exigência de que os sintomas comecem ou piorem após o evento traumático é especialmente importante, dada a natureza, até certo ponto, não especificamente traumática desses sintomas (p. ex., estado emocional negativo persistente, interesse ou participação menor em atividades, incapacidade de vivenciar emoções positivas) e o fato de que alguns desses itens (p. ex., crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo) podem representar traços de personalidade preexistentes.

Critério D1 – Incapacidade de recordar um aspecto importante do evento. Dada a concomitância comum de exposição ao trauma com traumatismo craniocéfálico e com uso de álcool e substâncias, é importante assegurar que a amnésia não decorre do traumatismo craniano e da perda de memória induzida pela substância (p. ex., “apagões”), mas é, em vez disso, de natureza dissociativa.

Critério D2 – Crenças ou expectativas negativas sobre si mesmo, os outros ou o mundo. Para este item ser classificado como “+”, as crenças negativas persistentes

e exageradas do paciente a respeito de si mesmo, dos outros ou do mundo devem estar associadas ao evento traumático. Essa exigência é apresentada na primeira parte do Critério D (i.e., “Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático”), que é estabelecido em virtude de seu conteúdo estar de alguma forma relacionado ao evento traumático ou pelo fato de que as crenças se desenvolveram somente após a exposição ao trauma. Os critérios e o texto do DSM-5 fornecem vários exemplos de crenças negativas, como “não se deve confiar em ninguém” e “o mundo é perigoso”. Desenvolver a crença de que o mundo é um lugar completamente perigoso após a exposição a um desastre natural ou ato aleatório de violência sugere que a crença está associada ao trauma e justificaria uma classificação de “+”. O fato de ter uma crença persistente de que “não se deve confiar em ninguém” é muito menos provável de ser associado a esses tipos de traumas e sugere que fazia parte de um sistema preexistente. (Entretanto, para outros tipos de trauma, como estupro durante um encontro ou no contexto das forças armadas, “não se pode confiar em ninguém” pode ser uma crença associada ao trauma.) Conforme aconteceu com o Critério C, “persistente” é definido no DSM-5 como “sempre ou quase sempre”, o que foi operacionalizado na SCID-5-CV como “quase o tempo todo por mais de um mês”.

Critério D3 – Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático. Este critério exige a presença de cognições equivocadas persistentes em relação à causa (p. ex., quem ou o quê foi o culpado) ou às consequências (p. ex., autodepreciação por ter desenvolvido sintomas do TEPT) do evento traumático. Às vezes, pode ser desafiador determinar se essas cognições são de fato equivocadas sem o conhecimento em primeira mão sobre o que realmente aconteceu. Embora em alguns casos as distorções cognitivas sejam óbvias (p. ex., “A culpa é toda minha pelo fato de meu tio ter abusado de mim”), em outros, as distorções podem ser discernidas somente em virtude do nível injustificado de certeza do paciente sobre uma situação ambígua (p. ex., um veterano de guerra que insiste que a principal causa para o resto de seu pelotão ter sido atacado foi o fato de não ter agido suficientemente rápido sob ataque inimigo). Conforme aconteceu com o Critério D2, “persistente” é definido no DSM-5 como “sempre ou quase sempre”, o que foi operacionalizado na SCID-5-CV como “quase o tempo todo por mais de um mês”.

Critério D4 – Estado emocional negativo persistente. Embora sejam fornecidos exemplos no critério para ilustrar o “estado emocional negativo” (i.e., “medo, horror, raiva, culpa ou vergonha”), qualquer estado emocional negativo seria contabilizado, incluindo se sentir triste, vazio ou entorpecido. Conforme aconteceu com o Critério D2, “persistente” é definido no DSM-5 como “sempre ou quase sempre”, o que foi operacionalizado como “quase o tempo todo por mais de um mês”. Dado que os indivíduos com estados de humor negativo persistente correm um risco maior de desenvolver TEPT quando expostos a um evento traumático, é importante discernir que, se o paciente teve um estado emocional negativo persistente antes da exposição ao trauma, ele é significativamente piorado após o trauma.

Critério D5 – Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas. Há dois componentes neste critério (i.e., interesse diminuído em atividades e participação diminuída em atividades), e a presença de um deles justificaria uma

classificação de “+”. Assim como com o Critério D4, é especialmente importante assegurar que o interesse ou a participação menor em atividades representa uma mudança no paciente desde a sua exposição ao evento traumático.

Critério D6 – Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros. Isso pode ser manifestado como um sentimento geral de que se está desconectado dos demais ou de que o paciente se isolou das outras pessoas.

Critério D7 – Incapacidade persistente de vivenciar emoções positivas. Em contraste ao item semelhante do conjunto de critérios do TEPT no DSM-IV (i.e., “faixa restrita de afeto”), que sugeria uma diminuição geral na capacidade de resposta emocional, somente as expressões positivas de afeto são restritas. Assim como acontece com o Critério D4, no Critério D7 é especialmente importante assegurar que a incapacidade de vivenciar sentimentos positivos representa uma mudança no paciente desde a sua exposição ao evento traumático.

Critério E – Alterações acentuadas na excitação e na reatividade. Pelo menos dois de seis itens listados precisam ter estado presentes. É importante estabelecer que as alterações acentuadas na excitação e na reatividade são associadas ao evento traumático em virtude do fato de que os sintomas começaram ou pioraram após sua ocorrência.

Critério E1 – Comportamento irritadiço e surtos de raiva. Este item exige mais do que apenas humor irritável; uma classificação de “+” exige comportamento irritável e surtos de raiva que sejam tipicamente manifestados como agressão física ou verbal contra pessoas ou objetos.

Critério E2 – Comportamento imprudente ou autodestrutivo. Segundo o texto do DSM-5 (p. 275), os exemplos de comportamento imprudente ou autodestrutivo incluem direção perigosa, uso excessivo de álcool ou drogas ou um comportamento automutilante ou suicida.

Critério E3 – Hipervigilância. A hipervigilância é manifestada como uma hipersensibilidade a ameaças potenciais, incluindo as diretamente relacionadas à experiência traumática (p. ex., depois de um acidente automobilístico, ficar especialmente sensível à ameaça potencial representada por carros ou caminhões) e as não relacionadas ao evento traumático (p. ex., medo de sofrer infarto agudo do miocárdio).

Critério E4 – Resposta de sobressalto exagerada. Isso é manifestado pelo paciente ser muito reativo aos estímulos inesperados, como barulhos altos ou movimentos inesperados (p. ex., ficar “sobressaltado” em resposta ao toque de um telefone).

Critério E5 – Problemas de concentração. Isso pode ser manifestado pela dificuldade para lembrar de eventos cotidianos (p. ex., esquecer o número do próprio telefone) ou realizar tarefas que exigem foco (p. ex., acompanhar uma conversa por um determinado período).

Critério E6 – Perturbação do sono. Mais comumente, há problemas com o início e a manutenção do sono.

Critério F – Duração de mais de um mês. A duração mínima dos sintomas em cada um dos grupos de sintomas (i.e., Critérios B, C, D e E) é superior a um mês.

Critério G – A perturbação causa prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo. O clínico começa fazendo uma pergunta aberta para determinar o impacto que os sintomas de TEPT tiveram sobre a vida do paciente, como é feito ao longo da SCID-5-CV ao se avaliar a relevância clínica. As perguntas adicionais são opcionais e abrangem vários domínios do funcionamento que poderiam ser impactados pelos sintomas de TEPT. Essas perguntas devem ser feitas apenas se as respostas anteriores do paciente não tiverem esclarecido se os sintomas interferiram no funcionamento.

Critério H – Não é decorrente de uma CMG e não é induzido por substância/medicamento. Este item instrui o clínico a considerar e eliminar uma CMG ou substância/medicamento como causa etiológica para os sintomas do TEPT. Muitos indivíduos respondem à exposição ao trauma aumentando seu uso de álcool ou outras substâncias. Portanto, aquilo que pode parecer sintoma de TEPT talvez seja, na verdade, decorrente dos efeitos diretos do álcool ou de outras substâncias.

10.10 Módulo H. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

10.10.1 Classificações para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade em adultos atual (H1–H26)

A avaliação para o TDAH começa com duas perguntas de avaliação para o Critério A no rótulo de item H1, que é projetado para determinar se é ou não necessário realizar a avaliação completa dos 18 itens do TDAH: 1) “Durante os últimos anos, você tem se sentido facilmente distraído ou desorganizado?” e 2) “Durante os últimos anos, você tem tido muita dificuldade para ficar sentado ou esperar sua vez?”. Caso a resposta para ambas as perguntas tenha sido “NÃO” e não tenha surgido evidência, até este ponto da entrevista, de que o paciente teve problemas com desatenção, hiperatividade ou impulsividade nos últimos seis meses, o clínico pode pular para o Módulo I (“Rastreamento de outros transtornos atuais”).

Critério A1 – Cinco de nove sintomas de desatenção persistiram por pelo menos seis meses. Quando o profissional investiga cada um dos sintomas de desatenção do Critério A1 (rótulos de item H2–H11), é essencial obter, primeiramente, exemplos do comportamento que constitui o critério e, a seguir, fazer perguntas adicionais para determinar a extensão em que o comportamento “impacta negativa e diretamente as atividades sociais e acadêmicas/profissionais” conforme exigido pelo critério. Por exemplo, se o paciente responde “SIM” à pergunta inicial (“Você tem perdido detalhes importantes com frequência ou tem cometido erros no trabalho [ou na escola] ou ao tomar conta das coisas em casa?”), o clínico deve, então, pedir-lhe que forneça exemplos desse comportamento. Em alguns casos, o exemplo ilustrará um impacto negativo tão óbvio sobre o funcionamento que uma classificação “+” é justificada com base apenas no exemplo (p. ex., “Quando eu era garçoneiro, cometia tantos erros ao anotar os pedidos dos clientes que fui demitida”). Em outros casos, em que o impacto potencialmente negativo do comportamento é menos claro, perguntas adicionais (p. ex., “O quanto isso afetou sua capacidade de desempenhar bem o seu trabalho?”) podem ser necessárias antes que se possa atribuir uma classificação para o item. Observe que a SCID-5-CV está usando o limiar de cinco de nove itens, o qual se aplica aos “adolescentes mais velhos e adultos (17 anos ou mais)”. Se o paciente tiver menos de 17 anos, o limiar de seis de nove itens deve ser empregado.

Critério A2 – Cinco de nove sintomas de hiperatividade-impulsividade persistiram por pelo menos seis meses. Tal como o Critério A1, é imperativo que o clínico obtenha exemplos para o Critério A2 (rótulos de item H12–H20) e determine se os sintomas são suficientemente graves, de modo a ter um impacto negativo direto sobre as atividades sociais e acadêmicas/profissionais do paciente.

Critério B – Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade. O TDAH é um transtorno do neurodesenvolvimento que tem seu início durante a infância. Portanto, conforme exigido no Critério B, é importante estabelecer a presença de pelo menos alguns dos sintomas do Critério A1 ou do Critério A2 antes dos 12 anos de idade. Se o paciente tem dificuldade para lembrar a idade em que começaram os sintomas que foram codificados com “+”, a SCID-5-CV fornece uma variedade de perguntas adicionais sobre problemas durante a escola que podem ser marcadores da presença do TDAH (p. ex., “Os professores reclamavam que você não estava prestando atenção ou que falava demais em aula? Você já foi mandado para a sala do diretor por causa do seu comportamento? Os seus pais reclamavam porque você não conseguia ficar sentado no lugar, era desleixado demais ou estava sempre atrasado?”). Dado que as lembranças dos adultos sobre sintomas na infância tendem a não ser confiáveis, é benéfico obter informações complementares, se for possível.

Critério C – Os sintomas estão presentes em dois ou mais ambientes. É importante estabelecer que os sintomas estão presentes em mais de um ambiente (p. ex., não apenas no trabalho).

Critério D – Os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou reduzem sua qualidade. O clínico começa fazendo uma pergunta aberta para determinar o impacto que os sintomas do TDAH tiveram sobre a vida do paciente. As perguntas adicionais são opcionais e abrangem vários domínios do funcionamento que poderiam ser impactados pelos sintomas. Elas devem ser feitas apenas se as respostas anteriores do paciente não tiverem esclarecido se os sintomas interferiram no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou reduziram sua qualidade.

Critério E – Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um transtorno psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental. Observe que essa exclusão tem dois componentes. Se há um transtorno psicótico comórbido, o TDAH não pode ser diagnosticado se os sintomas ocorrem exclusivamente durante o curso de tal transtorno. Em termos práticos, isso significa que o TDAH adulto deve ser diagnosticado apenas se seus sintomas ocorreram na infância, antes do início do transtorno psicótico. Para outros transtornos mentais, o TDAH não deve ser diagnosticado se os sintomas são mais bem explicados por outro transtorno mental; esse julgamento clínico envolve considerar se os sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade são mais bem conceituados como características de outro transtorno mental.

Especificadores de apresentação para TDAH. O diagnóstico de TDAH é dado de acordo com o subtipo que indica a apresentação dominante durante os últimos seis meses. Apresentação combinada (se o Critério A1 e o Critério A2 são ambos satisfeitos); Apresentação predominantemente desatenta (se o Critério A1 é satisfeito, mas

não o Critério A2); ou Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva (se o Critério A2 é satisfeito, mas não o Critério A1). Os códigos diagnósticos para TDAH (incluídos na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico) correspondem à escolha do subtipo adequado.

10.11 Módulo I. Rastreamento de outros transtornos atuais

Conforme observado no começo do Guia do Usuário da SCID-5-CV, a SCID-5-CV é uma versão simplificada da SCID-5-RV, com menos transtornos avaliados e com a omissão de todos os subtipos e especificadores (exceto por aqueles que impactam a codificação diagnóstica). As perguntas de avaliação para a maioria dos transtornos omitidos, tomadas de forma integral da SCID-5-RV, são explicitadas no Módulo I para fornecer ao clínico a capacidade de avaliar a possível presença dessas condições. Em consequência, os intervalos de tempo para a aplicações dessas perguntas de avaliação variam de um a 12 meses, de acordo com o período de tempo aplicável na SCID-5-RV. Se o paciente responde “SIM” a uma pergunta de avaliação, e o clínico está interessado em saber se os critérios diagnósticos para o transtorno são ou não satisfeitos, o profissional deve consultar os critérios diagnósticos do DSM-5 e usar suas habilidades de avaliação clínica para fazer a determinação diagnóstica. A fim de facilitar esse esforço, os critérios diagnósticos do DSM-5 para os transtornos avaliados estão incluídos no Apêndice A, “Critérios do DSM-5 para os Transtornos do Módulo I”, deste Guia do Usuário. Os leitores são encaminhados aos conjuntos de critérios diagnósticos completos do DSM-5, incluindo descrições, notas para codificação e procedimentos para registro dos subtipos e especificadores omitidos.

Os transtornos avaliados no Módulo I estão na sequência em que aparecem na SCID-5-RV, como a seguir (os números das páginas para os critérios do DSM-5 estão entre parênteses):

- Transtorno Disfórico Pré-menstrual (DSM-5, p. 171)
- Fobia Específica (DSM-5, p. 197)
- Transtorno de Ansiedade de Separação (DSM-5, p. 190)
- Transtorno de Acumulação (DSM-5, p. 247)
- Transtorno Dismórfico Corporal (DSM-5, p. 242)
- Tricotilomania (Transtorno de Arrancar o Cabelo) (DSM-5, p. 251)
- Transtorno de Escoriação (*Skin-picking*) (DSM-5, p. 254)
- Transtorno de Insônia (DSM-5, p. 362)
- Transtorno de Hipersonolência (DSM-5, p. 368)
- Anorexia Nervosa (DSM-5, p. 338)
- Bulimia Nervosa (DSM-5, p. 345)
- Transtorno de Compulsão Alimentar (DSM-5, p. 350)
- Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (DSM-5, p. 334)
- Transtorno de Sintomas Somáticos (DSM-5, p. 311)
- Transtorno de Ansiedade de Doença (DSM-5, p. 315)
- Transtorno Explosivo Intermitente (DSM-5, p. 466)
- Transtorno do Jogo (DSM-5, p. 585)

10.12 Módulo J. Transtorno de Adaptação

10.12.1 Classificações para Transtorno de Adaptação Atual (J1–J5)

O Transtorno de Adaptação se aplica a sintomas emocionais ou comportamentais que 1) se desenvolveram em resposta a um estressor psicossocial identificável e 2) não satisfazem os critérios para outro transtorno mental específico (i.e., excluindo as categorias de “outro especificado” e “não especificado”). Consequentemente, o transtorno está posicionado no final da SCID-5-CV, após a avaliação de todos os outros transtornos mentais da SCID-5-CV ter sido completada. Se o clínico chegou a este ponto da SCID-5-CV e há sintomas nos últimos seis meses que não sejam explicados por qualquer um dos transtornos específicos já diagnosticados na SCID-5-CV (excluindo as categorias de “outro especificado” e “não especificado”), então ele deve fazer a avaliação do Transtorno de Adaptação. Ao clínico também é dada a opção de registrar, na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico (p. 163), a presença de outros transtornos do DSM-5 não especificamente abrangidos na SCID-5-CV; por exemplo, o Transtorno Dissociativo de Identidade ou categorias de “outro especificado” e “não especificado” adicionais (p. ex., Outro Transtorno de Ansiedade Especificado ou Não Especificado).

Critério A – Desenvolvimento de sintomas em resposta ao estressor identificável. Este critério estabelece que os sintomas que são diagnosticamente inexplicados e que levam o clínico a iniciar a avaliação de Transtorno de Adaptação se desenvolveram em resposta a um estressor. A primeira pergunta determina se o estressor estava presente antes do início dos sintomas. A segunda (“SE A RESPOSTA FOR SIM”), tenta estabelecer se os sintomas ocorreram em resposta ao estressor: “Você acha que o (ESTRESSOR) teve alguma coisa a ver com o desenvolvimento dos seus (SINTOMAS)?”. A última pergunta determina se o início dos sintomas ocorreu em até três meses do início do estressor. Para estressores associados a um único evento, o foco está em quanto tempo os sintomas levaram para se desenvolver. Para estressores crônicos que possam estar ocorrendo e que não têm um ponto final claro, o foco está em quando começaram.

Critério B – Sofrimento intenso desproporcional à gravidade do estressor, ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento. Este critério exige que os sintomas de sofrimento do paciente sejam desproporcionais à gravidade dos estressores (Critério B1) ou que os sintomas causem prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo (Critério B2). Dada a dificuldade de se determinar se os sintomas são mais graves do que deveriam ser (i.e., desproporcionais em relação ao estressor), a ordem das perguntas correspondentes aos subcomponentes do Critério B foram trocadas, de modo que a avaliação do prejuízo (Critério B2) aparece primeiro; o clínico precisa avaliar apenas a proporcionalidade dos sintomas (Critério B1) caso não haja prejuízo clinicamente significativo no funcionamento.

Critério C – Não satisfaz os critérios para outro transtorno mental e não é uma exacerbação de um transtorno mental preexistente. As duas perguntas entre parênteses no rótulo de item J3 visam auxiliar o clínico na avaliação da segunda parte do Critério C, que exclui exacerbações de transtornos preexistentes. A primeira parte do Critério C deve ser automaticamente verdadeira (i.e., os critérios para outro transtorno mental do DSM-5 não foram satisfeitos) por causa da exigência da SCID-5-CV de que isso seja verdade antes de se proceder à avaliação de Transtorno de Adaptação Atual.

Critério D – Não representa luto normal. Visto que o luto normal pode se manifestar como uma reação sintomática clinicamente significativa a um estressor (i.e., perda de um ente querido), este critério é necessário para evitar que o luto normal seja patologizado.

Critério E – Os sintomas não persistem por mais de seis meses após o término do estressor ou das suas consequências. Parece haver um limite de seis meses para a duração dos sintomas após o estressor ou as suas consequências terem terminado para que a apresentação seja considerada consistente com um diagnóstico de Transtorno de Adaptação. Contudo, a imprecisão do conceito de “consequências” do estressor significa, efetivamente, que não há limite de tempo para muitos (se não a maioria) dos estressores.

Subtipos de Transtorno de Adaptação. O diagnóstico de Transtorno de Adaptação é dado de acordo com o subtipo, que indica os sintomas predominantes que caracterizam a resposta ao estressor. Os códigos diagnósticos para Transtorno de Adaptação (incluídos na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico) correspondem à escolha do subtipo adequado.

11. Treinamento

Consulte o *site* da SCID (www.scid5.org) para obter as informações mais atualizadas sobre os materiais de treinamento;* os novos materiais estão sendo continuamente desenvolvidos (em inglês).

De maneira ideal, o treinamento deve envolver a sequência a seguir:

1. Estude as Seções 5 a 8 do Guia do Usuário, as quais abrangem, respectivamente, as características básicas, a administração, as convenções e a utilização da SCID-5-CV, além de “o que fazer e não fazer” durante a sua aplicação.
2. Leia cuidadosamente as seções da SCID-5-CV que você está planejando usar, certificando-se de que compreende todas as instruções, as perguntas e os critérios diagnósticos do DSM-5. À medida que lê cada um dos módulos, consulte as instruções correspondentes para esse módulo na Seção 10, “Instruções Especiais para Módulos Individuais”. Revise as seções “Características Diagnósticas” e “Diagnóstico Diferencial” do texto do DSM-5 para os transtornos incluídos na SCID-5-CV.
3. Agora, pratique a leitura das perguntas da SCID-5-CV em voz alta, de modo que termine soando como se a SCID fosse a sua língua materna.
4. Experimente a SCID-5-CV com um colega (ou com outra pessoa significativa) que possa assumir o papel de paciente. Faça essa pessoa interpretar o caso de alguém que ela conheça.
5. Assista ao vídeo didático do programa de treinamento da SCID-101 (em inglês). Por favor, consulte o *site* da SCID (www.scid5.org) para obter informações sobre os conteúdos dos vídeos didáticos e sobre como adquiri-los.

* N. de R.T. Caso o leitor tenha interesse em receber informações e/ou treinamento relativos às versões brasileiras da SCID-5-CV e SCID-5-RV, entre em contato com os Profs. Flávia de Lima Osório e José Alexandre de Souza Crippa (flaliosorio@ig.com.br e jcrippa@fmrp.usp.br).

6. Protagonize os casos do Apêndice B, “Materiais de treinamento”, com um colega. Esses casos foram elaborados para conduzi-lo pelos módulos da SCID-5-CV, e não necessariamente para que você demonstre seu talento teatral.
7. Assista aos vídeos de entrevistas da SCID-5-CV (que podem ser adquiridos, em inglês, a partir do *site* da SCID, www.scid5.org) e faça suas próprias classificações à medida que as entrevistas avançam. Compare as suas classificações com as do “especialista”, as quais estão incluídas em cada vídeo.
8. Experimente a SCID-5-CV em pacientes reais com outros clínicos que estejam aprendendo a usar a ferramenta, os quais podem atuar como observadores e fazer classificações independentes durante a entrevista. Isso deve ser seguido por uma discussão da técnica da entrevista e das fontes de discordâncias nas classificações.
9. Considere a realização de uma oficina de treinamento da SCID-5-CV conduzida por um membro do Biometrics Research Department (e-mail: scid5@columbia.edu). O treinamento da SCID no local consiste primeiramente de uma demonstração ao vivo da entrevista SCID, seguida da supervisão de grupo das entrevistas SCID conduzidas pelos *trainees* com pacientes reais. Espera-se que os *trainees* já tenham assistido à série de treinamento didático SCID-101 antes do treinamento no local, de modo que estejam preparados para participar das entrevistas em grupo. O treinamento normalmente começa com uma discussão dos problemas que tenham surgido durante a parte didática do treinamento, seguida de uma série de entrevistas SCID conduzidas com pacientes voluntários. Em geral, a primeira entrevista é conduzida pelo treinador para demonstrar sua técnica, seguida por aquelas conduzidas pelos *trainees* (um ou dois *trainees* por entrevista, dependendo do número de pessoas sendo treinadas e da duração do treinamento).*
10. Outra maneira de assegurar que os *trainees* estão administrando a SCID adequadamente é gravar seu desempenho e enviar as gravações (além das SCIDs com as classificações que eles fizeram) ao Biometrics Research Department para que sejam revisadas e criticadas. Consulte o *site* da SCID para obter mais informações sobre como usar esse serviço e seus custos.

12. Questões Psicométricas

12.1 Confiabilidade da SCID

A confiabilidade dos instrumentos de avaliação diagnóstica é geralmente avaliada comparando-se a concordância entre avaliações independentes feitas por dois ou mais entrevistadores com um grupo de sujeitos. Os resultados para os construtos categóricos, como os diagnósticos do DSM avaliados pela SCID, costumam ser relatados com uma estatística chamada *kappa*, que leva em consideração a concordância decorrente do acaso (Spitzer et al., 1967). Considera-se que os valores de *kappa* acima de 0,70 refletem boa concordância; os valores de 0,50 a 0,70, concordância razoável; e abaixo de 0,50, baixa concordância (Landis e Koch, 1977). Visto que a SCID não é uma entrevista completamente estruturada e exige o julgamento clínico do entrevistador,

* N. de R.T. No Brasil, o treinamento para o estudo de confiabilidade da versão brasileira da SCID-5-CV e da SCID-5-RV foi realizado pelos Professores Doutores Flávia de Lima Osório e José Alexandre de Souza Crippa (flaliosorio@ig.com.br/jcrippa@fmrp.usp.br).

tador, sua confiabilidade é, em grande parte, uma função das circunstâncias particulares em que ela é utilizada.

A Tabela 12-1 oferece um sumário de estudos de confiabilidade, selecionados e publicados, das versões anteriores da SCID. (Consulte o *site* da SCID para acessar a lista mais atualizada de estudos de confiabilidade do instrumento, incluindo a confiabilidade da SCID-5 à medida que forem disponibilizados)*. Três estudos examinaram a confiabilidade da SCID para o DSM-IV. Lobbetael e colaboradores (2011) examinaram a confiabilidade da versão holandesa da SCID. Em uma amostra mista de 151 pacientes internados e ambulatoriais, durante um estudo de confiabilidade em conjunto, o primeiro avaliador gravou a sua entrevista SCID, que foi então classificada por um segundo entrevistador, o qual não conhecia as pontuações e os diagnósticos do primeiro. Zanarini e colaboradores (2000) examinaram tanto a confiabilidade em conjunto quanto de teste-reteste como parte do Estudo Longitudinal Colaborativo de Transtornos da Personalidade. Em seu estudo, 84 pares de avaliadores viram entrevistas da SCID gravadas em vídeo para o componente conjunto de interavaliadores, e os entrevistadores conduziram entrevistas independentes com 52 sujeitos, tendo 7-10 dias de intervalo entre elas para o componente de teste-reteste. Martin e colaboradores (2000) examinaram a confiabilidade da seção sobre Transtornos por Uso de Álcool e Outra Substância em 71 adolescentes, usando um delineamento conjunto de interavaliadores (dois entrevistadores fizeram classificações independentes durante a mesma entrevista SCID ao vivo).

Zanarini e Frankenburg (2001) examinaram a confiabilidade da SCID para o DSM-III-R usando quatro métodos diferentes: confiabilidade interavaliadores de 45 pacientes internados usando entrevistas conjuntas, confiabilidade de teste-reteste de 30 sujeitos em intervalos de 7-10 dias entre as entrevistas, confiabilidade interavaliadores de 48 pacientes em sua avaliação de *follow-up*, de 2 ou 4 anos, usando entrevistas em conjunto, e confiabilidade interavaliadores no momento do *follow-up* longitudinal usando 36 entrevistas gravadas em áudio que foram feitas durante a fase inicial da avaliação. No estudo de confiabilidade mais abrangente da SCID para o DSM-III-R, Williams e colaboradores (1992) examinaram a confiabilidade de teste-reteste multicêntrico em 592 pacientes, que eram uma mistura de indivíduos internados, ambulatoriais, com problemas por uso de substâncias e pacientes selecionados da comunidade. Skre e colaboradores (1991) determinaram a confiabilidade interavaliadores da SCID para o DSM-III-R fazendo três avaliadores classificarem, independentemente, 54 gravações em áudio de entrevistas.

Como se pode ver na Tabela 12-1, a variação dos valores de *kappa* dos diferentes estudos e para os diferentes diagnósticos é enorme. Muitos fatores influenciam a confiabilidade de um instrumento de entrevista como a SCID. Abordaremos alguns desses fatores na discussão a seguir.

12.1.1 Entrevistas em conjunto *versus* delineamento de teste-reteste

Em alguns estudos, um sujeito é entrevistado por um clínico enquanto os demais observam (tanto presencialmente quanto revendo uma gravação) e, então, fazem classificações independentes (“em conjunto”). As entrevistas em conjunto produzem a maior confiabilidade porque todos os avaliadores estão escutando exatamente a

* N. de R.T. No Brasil, os Professores Doutores Flávia de Lima Osório e José Alexandre de Souza Crippa lideram um grupo de pesquisadores que vem conduzindo o estudo de confiabilidade (interavaliadores em conjunto, teste-reteste e “ao vivo” vs. “telefone”) da SCID-5-CV e SCID-5-RV, junto à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (flaliosorio@ig.com.br / jcrippa@fmrp.usp.br).

TABELA 12–1 Estudos de confiabilidade selecionados da SCID-I^a

Referências	Lobbestael et al., 2011	Zanarini et al., 2000	Zanarini et al., 2000	Martin et al., 2000	Zanarini e Frankenburg, 2001	Zanarini e Frankenburg, 2001	Zanarini e Frankenburg, 2001	Zanarini e Frankenburg, 2001	Williams et al., 1992	Skre et al., 1991
População estudada	N=151 (misto de pacientes internados/ambulatoriais)	N=27 (amostra gravada em vídeo)	N=52 (amostra de teste-reteste)	N=71 (pacientes ambulatoriais: usuários de álcool adolescentes)	N=30	N=45 (pacientes internados)	N=48	N=30	N=592; (misto de pacientes internados, ambulatoriais, não pacientes)	N=54
Versão da SCID	DSM-IV	DSM-IV	DSM-IV	DSM-IV	DSM-III-R	DSM-III-R	DSM-III-R	DSM-III-R	DSM-III-R	DSM-III-R
Delineamento do estudo de confiabilidade	Em conjunto; gravação em áudio	Em conjunto; 84 pares de avaliadores de 4 locais	Teste-reteste com intervalo de 7–10 dias	Em conjunto; observação ao vivo	Teste-reteste com intervalo de 7–10 dias	Em conjunto; observação ao vivo	Em conjunto; observação ao vivo	Em conjunto; gravação em áudio	Teste-reteste com intervalo de 1–3 semanas	Em conjunto; gravação em áudio
Transtorno Depressivo Maior	0,66	0,80	0,61		0,73	0,90	0,93	1,00	0,64	0,93
Transtorno Distímico	0,81	0,76	0,35		0,60	0,91	0,93	0,84	0,40	0,88
Transtorno Bipolar									0,84	0,79
Esquizofrenia									0,65	0,94
Abuso/Dependência de Álcool	0,65	1,00	0,77	0,94		1,00			0,75	0,96
Abuso/Dependência de Outra Substância	0,77	1,00	0,76	0,94	0,77	0,95			0,84	0,85
Transtorno de Pânico	0,67	0,65	0,65		0,82	0,88			0,58	0,88
Fobia Social	0,83	0,63	0,59		0,53	0,86	0,71	1,00	0,47	0,72
Transtorno Obsessivo-compulsivo	0,65	0,57	0,60		0,42	0,70			0,59	0,40
Transtorno de Ansiedade Generalizada	0,75	0,63	0,44		0,63	0,73			0,56	0,95
Transtorno de Estresse Pós-traumático	0,77	0,88	0,78		1,00	1,00	1,00	1,00		0,77
Qualquer Transtorno Somatoforme										–0,03
Qualquer Transtorno Alimentar	0,61	0,77	0,64							
Agorafobia	0,60									
Fobia Específica	0,83									

^aSCID-I = Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM.

mesma história, e o rastro das instruções para pular fornece pistas aos observadores sobre as classificações feitas pelo entrevistador. Um teste de confiabilidade mais rígido (teste-reteste, também chamado de confiabilidade baseada em entrevistas independentes) implica ter o mesmo sujeito entrevistado em dois momentos diferentes por dois entrevistadores diferentes. Esse método tende a levar a níveis mais baixos de confiabilidade porque o sujeito pode contar, mesmo quando questionado com as mesmas perguntas, histórias diferentes aos dois entrevistadores (“variância de informação”), resultando em classificações divergentes.

12.1.2 Treinamento para entrevistadores

Avaliadores que são bem treinados e, particularmente, avaliadores que treinam e trabalham juntos têm maior probabilidade de concordar nas classificações. Vale a pena observar que a disciplina profissional do entrevistador (p. ex., psiquiatra, psicólogo, assistente social) não parece contribuir para diferenças na confiabilidade.

12.1.3 População de sujeitos

Sujeitos com os transtornos psiquiátricos mais graves e floridos (p. ex., pacientes com repetidas hospitalizações por Esquizofrenia ou Transtorno Bipolar) provavelmente produzirão diagnósticos da SCID mais confiáveis do que aqueles com condições psiquiátricas leves que tangem a normalidade. Isso reflete o fato de que discordâncias diagnósticas relativamente menores têm maior probabilidade de ter efeito profundo quando a gravidade do transtorno está apenas no limiar diagnóstico. Por exemplo, um desentendimento sobre um único critério para um sujeito com exatamente cinco de nove sintomas de Episódio Depressivo Maior pode fazer a diferença entre ter um diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior ou Outro Transtorno Depressivo Especificado, enquanto a discordância em relação a um item para um sujeito com sete de nove itens provavelmente não resultaria em qualquer discordância aparente sobre o diagnóstico.

12.1.4 Taxas de base de transtornos

As taxas de base dos diagnósticos da população sendo estudada afetam a confiabilidade relatada. Se o erro de medição para um instrumento diagnóstico é constante, a confiabilidade varia diretamente com as taxas de base. Assim, é mais difícil obter boa confiabilidade para um diagnóstico raro do que para um comum. Por exemplo, a confiabilidade da SCID para Transtorno Depressivo Maior será mais alta em clínicas de Transtorno do Humor do que em uma amostra da comunidade, na qual a taxa de base desse transtorno é muito menor.

12.2 Validade da SCID

A validade de uma técnica de avaliação diagnóstica é medida, em geral, determinando-se a concordância entre os diagnósticos feitos pela técnica de avaliação e algum “padrão-ouro” hipotético. Infelizmente, o padrão-ouro para diagnóstico psiquiátrico permanece impreciso. Há dificuldades óbvias em usar diagnósticos clínicos comuns como o padrão porque as entrevistas estruturadas foram especificamente elaboradas para melhorar as limitações inerentes de uma entrevista clínica não estruturada. Na verdade, uma variedade de estudos tem usado a SCID como o

padrão-ouro na determinação da precisão dos diagnósticos clínicos (Fennig et al., 1994a; Kashner et al., 2003; Ramirez Basco et al., 2000; Shear et al., 2000; Steiner et al., 1995).*

Talvez o padrão mais aceito (ainda que falho) nos estudos de diagnóstico psiquiátrico seja conhecido como um “diagnóstico de melhor estimativa”. Spitzer propôs uma operacionalização desse diagnóstico de melhor estimativa, o qual ele chamou de “padrão LEAD” (Spitzer, 1983). Esse padrão envolve a condução de uma avaliação longitudinal (L) (i.e., baseada em dados coletados ao longo do tempo), feita por especialistas em diagnósticos (E), usando todos os dados (AD, em inglês: *all data*) sobre os sujeitos que estiverem disponíveis, como consultas a informantes da família, revisão dos registros médicos e observações da equipe clínica. Embora o padrão LEAD seja conceitualmente atraente, a dificuldade para sua implementação explica seu uso limitado. Diversos estudos (Fennig et al., 1994b, 1996; Kranzler et al., 1995, 1996; Ramirez Basco et al., 2000) usaram aproximações do procedimento LEAD. Ambos demonstraram a validade superior da SCID em relação a entrevistas clínicas-padrão em episódios de admissão hospitalar.

* N. de R.T. Como exemplo, pode-se citar, no Brasil, os estudos de De Lima Osório e colaboradores (2007, 2011, 2012), Osório e colaboradores (2009), Lima e colaboradores (2015, 2016) e Silva e colaboradores (2015): De Lima Osório, F.; Crippa, J.; Loureiro, S. A study of the discriminate validity of a screening tool (Minispin) for social anxiety disorder applied to Brazilian university students. *European Psychiatry (Paris) JCR*, v. 22, p. 239-243, 2007

De Lima Osório, Flávia; Crippa, José Alexandre S.; Loureiro, Sonia Regina. Further psychometric study of the Beck Anxiety Inventory including factorial analysis and social anxiety disorder screening. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice (Print) JCR*, v.15, p.255-262, 2011

De Lima Osório, Flávia; Franco de Carvalho, Ana Carolina; de Souza Crippa, José Alexandre; Loureiro, Sonia Regina. Screening for Smoking in a General Hospital: Scale Validation, Indicators of Prevalence, and Comorbidity. *Perspectives in Psychiatric Care JCR*, v.InPres, p.no-no, 2012

Lima, Manuela Polidoro; Longatto-filho, Adhemar; Osório, Flávia I. Predictor Variables and Screening Protocol for Depressive and Anxiety Disorders in Cancer Outpatients. *Plos One JCR*, v.11, p.e0149421, 2016

Lima, MP; Chagas, Marcos Hortes N.; Osório, F.L. Screening tools for psychiatry disorders in cancer setting: Caution when using. *Psychiatry Research (Print) JCR*, p.PSYD1500236, 2015

Osório, Flávia de Lima; Crippa, José Alexandre de Souza; Loureiro, Sonia Regina. Study of the Discriminative Validity of the PHQ-2 in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care. *Perspectives in Psychiatric Care JCR*, v.25, p.216-227, 2009

Silva, Uanda Cristina Almeida; Marques, Wilson; Lourenço, Charles Marques; Hallak, Jaime Eduardo C.; Osório, Flávia I. Psychiatric disorders, spinocerebellar ataxia type 3 and CAG expansion. *Journal of Neurology (Print) JCR*, v.XX, p.XX, 2015

Referências

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013
- Endicott J, Spitzer, RL: A diagnostic interview: the schedule for affective disorders and schizophrenia. *Arch Gen Psych* 35(7):837–844, 1978
- Feighner JP, Robins E, Guze SB, et al: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 26(1):57–63, 1972
- Fennig S, Craig T, Lavelle J, et al: Best-estimate versus structured interview-based diagnosis in first-admission psychosis. *Compr Psychiatry* 35(5):341–348, 1994a
- Fennig S, Craig T, Tanenberg-Karant M, Bromet EJ: Comparison of facility and research diagnoses in first-admission psychotic patients. *Am J Psychiatry* 151(10):1423–1429, 1994b
- Fennig S, Naisberg-Fennig S, Craig TJ, et al: Comparison of clinical and research diagnoses of substance use disorders in a first-admission psychotic sample. *Am J Addict* 5(1):40–48, 1996
- First MB: DSM-5 Handbook of Differential Diagnosis. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2014
- Helzer JE, Robins LN, Croughan JL, Welner A: Renard diagnostic interview. Its reliability and procedural validity with physicians and lay interviewers. *Arch Gen Psych* 38(4):393–398, 1981
- Kashner TM, Rush AJ, Suris A, et al: Impact of structured clinical interviews on physicians' practices in community mental health settings. *Psychiatr Serv* 54(5):712–718, 2003
- Kranzler HR, Kadden RM, Burleson JA, et al: Validity of psychiatric diagnoses in patients with substance use disorders: is the interview more important than the interviewer? *Compr Psychiatry* 36(4):278–288, 1995
- Kranzler HR, Kadden RM, Babor TF, et al: Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction* 91(6):859–868, 1996
- Landis JR, Koch GG: The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33(1):159–174, 1977
- Lobbetael J, Leurgans M, Arntz A: Interrater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clin Psychol Psychother* 18(1):75–79, 2011
- Martin CS, Pollock NK, Bukstein OG, Lynch KG: Interrater reliability of the SCID alcohol and substance use disorders section among adolescents. *Drug and Alcohol Depend* 59(2):173–176, 2000
- Ramirez Basco M, Bostic JQ, Davies D, et al: Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *Am J Psychiatry* 157(10):1599–1605, 2000
- Shear MK, Greeno C, Kang K, et al: Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. *Am J Psychiatry* 157(4):581–587, 2000

- Shore, JH, Savin D, Orton H, et al: Diagnostic reliability of telepsychiatry in American Indian veterans. *Am J Psychiatry* 164(1):115–118, 2007
- Skre I, Onstad S, Torgersen S, Kringlen E: High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatr Scand* 84(2):167–173, 1991
- Spitzer RL: Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry* 24(5):399–411, 1983
- Spitzer RL, Cohen J, Fleiss JL, Endicott J: Quantification of agreement in psychiatric diagnosis. A new approach. *Arch Gen Psych* 17(1):83–87, 1967
- Spitzer R, Endicott J, Robins E: Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 35:773–782, 1978
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB: Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Patient Edition/Nonpatient Edition (SCID-P/SCID-NP). Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990a
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB: Structured Clinician Interview for DSM-III-R Axis II Disorders (SCID-II). Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990b
- Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB: The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry* 49(8):624–629, 1992
- Spitzer RL, Gibbon M, Skodol AE, et al: DSM-IV-TR Casebook: A Learning Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2002
- Steiner JL, Tebes JK, Sledge WH, Waler ML: A comparison of the structured clinical interview for DSM-III-R and clinical diagnoses. *J Nerv Ment Dis* 183(6):365–369, 1995
- Williams JB, Gibbon M, First MB, Spitzer RL, et al: The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 49(8):630–636, 1992
- Zanarini MC, Frankenburg FR: Attainment and maintenance of reliability of Axis I and Axis II disorders over the course of a longitudinal study. *Compr Psychiatry* 42(5):369–374, 2001
- Zanarini MC, Skodol AE, Bender D, et al: The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of Axis I and II diagnoses. *J Pers Disord* 14(4):291–299, 2000

CrITÉRIOS do DSM-5 para os Transtornos do MÓDULO I

Transtorno Disfórico Pré-menstrual	116
Fobia Específica	117
Transtorno de Ansiedade de Separação	118
Transtorno de Acumulação.....	119
Transtorno Dismórfico Corporal	119
Tricotilomania (Transtorno de Arrancar o Cabelo).....	120
Transtorno de Escoriação (<i>Skin-picking</i>)	120
Transtorno de Insônia.....	121
Transtorno de Hipersonolência	121
Anorexia Nervosa	122
Bulimia Nervosa	122
Transtorno de Compulsão Alimentar	123
Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo	123
Transtorno de Sintomas Somáticos	124
Transtorno de Ansiedade de Doença.....	124
Transtorno Explosivo Intermitente	125
Transtorno do Jogo	126

DSM and DSM-5 are registered trademarks of the American Psychiatric Association. Use of these terms is prohibited without permission of the American Psychiatric Association.

DSM-5® diagnostic criteria are adapted with permission from American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington VA, American Psychiatric Association, 2013. Copyright © 2013 American Psychiatric Association. Utilizado mediante permissão.

Readers are referred to DSM-5 for full diagnostic criteria sets, including any omitted subtype and specifier descriptions, ICD-CM codes, coding notes, and recording procedures not included herein.

Unless authorized in writing by the American Psychiatric Association (APA), no part of the DSM-5® criteria may be reproduced or used in a manner inconsistent with the APA's copyright. This prohibition applies to unauthorized uses or reproductions in any form, including electronic applications. Correspondence regarding copyright permission for DSM-5 criteria should be directed to DSM Permissions, American Psychiatric Association Publishing, 1000 Wilson Boulevard, Suite 1825, Arlington, VA 22209-3901.

Transtorno Disfórico Pré-menstrual

- A. Na maioria dos ciclos menstruais, pelo menos cinco sintomas devem estar presentes na última semana antes do início da menstruação, começam a *melhorar* dentro de alguns dias depois do início da menstruação, e tornam-se *mínimos* ou ausentes na semana após a menstruação.
- B. Um (ou mais) dos seguintes sintomas deve estar presente:
 - 1. Labilidade afetiva acentuada (p. ex., mudanças de humor; sentir-se repentinamente triste ou chorosa ou sensibilidade aumentada à rejeição).
 - 2. Irritabilidade ou raiva acentuadas ou aumento nos conflitos interpessoais.
 - 3. Humor deprimido acentuado, sentimentos de desesperança ou pensamentos auto-depreciativos.
 - 4. Ansiedade acentuada, tensão e/ou sentimentos de estar nervosa ou no limite.
- C. Um (ou mais) dos seguintes sintomas também deve estar presente para alcançar um total de *cinco* sintomas quando combinados com os sintomas do Critério B anterior.
 - 1. Interesse diminuído pelas atividades habituais (p. ex., trabalho, escola, amigos, passatempos).
 - 2. Sentimento subjetivo de dificuldade em se concentrar.
 - 3. Letargia, fadiga fácil ou falta de energia acentuada.
 - 4. Alteração acentuada do apetite; comer em demasia; ou avidez por alimentos específicos.
 - 5. Hipersonia ou insônia.
 - 6. Sentir-se sobrecarregada ou fora de controle.
 - 7. Sintomas físicos como sensibilidade ou inchaço das mamas, dor articular ou muscular, sensação de “inchaço” ou ganho de peso.

Nota: Os sintomas nos Critérios A-C devem ser satisfeitos para a maioria dos ciclos menstruais que ocorreram no ano precedente.

- D. Os sintomas estão associados a sofrimento clinicamente significativo ou a interferência no trabalho, na escola, em atividades sociais habituais ou relações com outras pessoas (p. ex., esquiva de atividades sociais; diminuição da produtividade e eficiência no trabalho, na escola ou em casa).
 - E. A perturbação não é meramente uma exacerbação dos sintomas de outro transtorno, como transtorno depressivo maior, transtorno de pânico, transtorno depressivo persistente (distímia) ou um transtorno da personalidade (embora possa ser concomitante a qualquer um desses transtornos).
 - F. O Critério A deve ser confirmado por avaliações prospectivas diárias durante pelo menos dois ciclos sintomáticos. (**Nota:** O diagnóstico pode ser feito provisoriamente antes dessa confirmação).
 - G. Os sintomas não são consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento, outro tratamento) ou de outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo).
-

Fobia Específica

A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de um objeto ou situação (p. ex., voar, alturas, animais, tomar uma injeção, ver sangue).

Nota: Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso por choro, ataques de raiva, imobilidade ou comportamento de agarrar-se.

B. O objeto ou situação fóbica quase invariavelmente provoca uma resposta imediata de medo ou ansiedade.

C. O objeto ou situação fóbica é ativamente evitado ou suportado com intensa ansiedade ou sofrimento.

D. O medo ou a ansiedade é desproporcional em relação ao perigo real imposto pelo objeto ou situação específica e ao contexto sociocultural.

E. O medo, a ansiedade ou esquiva é persistente, geralmente com duração mínima de seis meses.

F. O medo, a ansiedade ou esquiva causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

G. A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental, incluindo medo, ansiedade e esquiva de situações associadas a sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes (como na agorafobia); objetos ou situações relacionados a obsessões (como no transtorno obsessivo-compulsivo); evocação de eventos traumáticos (como no transtorno de estresse pós-traumático); separação de casa ou de figuras de apego (como no transtorno de ansiedade de separação); ou situações sociais (como no transtorno de ansiedade social).

Especificar se:

Animal (p. ex., aranhas, insetos, cães).

Ambiente natural (p. ex., alturas, tempestades, água).

Sangue-injeção-ferimentos (p. ex., agulhas, procedimentos médicos invasivos).

Situacional (p. ex., aviões, elevadores, locais fechados).

Outro (p. ex., situações que podem levar à asfixia ou vômitos; em crianças, p. ex., sons altos ou personagens vestidos com trajes de fantasia).

Transtorno de Ansiedade de Separação

- A. Medo ou ansiedade impróprios e excessivos em relação ao estágio de desenvolvimento, envolvendo a separação daqueles com quem o indivíduo tem apego, evidenciados por três (ou mais) dos seguintes aspectos:
 - 1. Sofrimento excessivo e recorrente ao prever ou vivenciar a separação de casa ou de figuras importantes de apego.
 - 2. Preocupação persistente e excessiva acerca da possível perda ou de perigos envolvendo figuras importantes de apego, tais como doença, ferimentos, desastres ou morte.
 - 3. Preocupação persistente e excessiva de que um evento indesejado leve à separação de uma figura importante de apego (p. ex., perder-se, ser sequestrado, sofrer um acidente, ficar doente).
 - 4. Relutância persistente ou recusa a sair, afastar-se de casa, ir para a escola, o trabalho ou a qualquer outro lugar, em virtude do medo da separação.
 - 5. Temor persistente e excessivo ou relutância em ficar sozinho ou sem as figuras importantes de apego em casa ou em outros contextos.
 - 6. Relutância ou recusa persistente em dormir longe de casa ou dormir sem estar próximo a uma figura importante de apego.
 - 7. Pesadelos repetidos envolvendo o tema da separação.
 - 8. Repetidas queixas de sintomas somáticos (p. ex., cefaleias, dores abdominais, náusea ou vômitos) quando a separação de figuras importantes de apego ocorre ou é prevista.
 - B. O medo, a ansiedade ou a esquiva é persistente, durando pelo menos quatro semanas em crianças e adolescentes e geralmente seis meses ou mais em adultos.
 - C. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, acadêmico, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
 - D. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como a recusa em sair de casa devido à resistência excessiva à mudança no transtorno do espectro autista; delírios ou alucinações envolvendo a separação em transtornos psicóticos; recusa em sair sem um acompanhante confiável na agorafobia; preocupações com doença ou outros danos afetando pessoas significativas no transtorno de ansiedade generalizada; ou preocupações envolvendo ter uma doença no transtorno de ansiedade de doença.
-

Transtorno de Acumulação

- A. Dificuldade persistente de descartar ou de se desfazer de pertences, independentemente do seu valor real.
 - B. Esta dificuldade se deve a uma necessidade percebida de guardar os itens e ao sofrimento associado a descartá-los.
 - C. A dificuldade de descartar os pertences resulta na acumulação de itens que congestionam e obstruem as áreas em uso e compromete substancialmente o uso pretendido. Se as áreas de estar não estão obstruídas, é somente devido a intervenções de outras pessoas (p. ex., membros da família, funcionários de limpeza, autoridades).
 - D. A acumulação causa sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (incluindo a manutenção de um ambiente seguro para si e para os outros).
 - E. A acumulação não é devida a outra condição médica (p. ex., lesão cerebral, doença cerebrovascular, síndrome de Prader-Willi).
 - F. A acumulação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., obsessões no transtorno obsessivo-compulsivo, energia reduzida no transtorno depressivo maior, delírios na esquizofrenia ou outro transtorno psicótico, déficits cognitivos no transtorno neurocognitivo maior, interesses restritos no transtorno do espectro autista).
-

Transtorno Dismórfico Corporal

- A. Preocupação com um ou mais defeitos ou falhas percebidas na aparência física que não são observáveis ou que parecem leves para os outros.
 - B. Em algum momento durante o curso do transtorno, o indivíduo executou comportamentos repetitivos (p. ex., verificar-se no espelho, arrumar-se excessivamente, beliscar a pele, buscar tranquilização) ou atos mentais (p. ex., comparando sua aparência com a de outros) em resposta às preocupações com a aparência.
 - C. A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
 - D. A preocupação com a aparência não é mais bem explicada por preocupações com a gordura ou o peso corporal em um indivíduo cujos sintomas satisfazem os critérios diagnósticos para um transtorno alimentar.
-

Tricotilomania (Transtorno de Arrancar o Cabelo)

- A. Arrancar o próprio cabelo de forma recorrente, resultando em perda de cabelo.
 - B. Tentativas repetidas de reduzir ou parar o comportamento de arrancar o cabelo.
 - C. O ato de arrancar cabelo causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
 - D. O ato de arrancar cabelo ou a perda de cabelo não se deve a outra condição médica (p. ex., uma condição dermatológica).
 - E. O ato de arrancar cabelo não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., tentativas de melhorar um defeito ou falha percebidos na aparência, no transtorno dismórfico corporal).
-

Transtorno de Escoriação (*Skin-picking*)

- A. Beliscar a pele de forma recorrente, resultando em lesões.
 - B. Tentativas repetidas de reduzir ou parar o comportamento de beliscar a pele.
 - C. O ato de beliscar a pele causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
 - D. O ato de beliscar a pele não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., cocaína) ou a outra condição médica (p. ex., escabiose).
 - E. O ato de beliscar a pele não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental (p. ex., delírios ou alucinações táteis em um transtorno psicótico, tentativas de melhorar um defeito ou falha percebida na aparência no transtorno dismórfico corporal, estereotipias no transtorno de movimento estereotipado ou intenção de causar danos a si mesmo na autolesão não suicida).
-

Transtorno de Insônia

- A. Queixas de insatisfação predominantes com a quantidade ou a qualidade do sono associadas a um (ou mais) dos seguintes sintomas:
 - 1. Dificuldade em conciliar o sono. (Em crianças, isso pode se manifestar como dificuldade em conciliar o sono sem a intervenção de um cuidador).
 - 2. Dificuldade para manter o sono, caracterizada por despertares frequentes ou problemas para retornar ao sono após os despertares. (Em crianças, isso pode se manifestar como dificuldade em retornar ao sono sem a intervenção de um cuidador).
 - 3. Despertar antes do horário habitual com incapacidade de retornar ao sono.
 - B. A perturbação do sono causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional, educacional, acadêmico, comportamental ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
 - C. As dificuldades relacionadas ao sono ocorrem pelo menos três noites por semana.
 - D. As dificuldades relacionadas ao sono permanecem durante pelo menos três meses.
 - E. As dificuldades relacionadas ao sono ocorrem a despeito de oportunidades adequadas para dormir.
 - F. A insônia não é mais bem explicada ou não ocorre exclusivamente durante o curso de outro transtorno do sono-vigília (p. ex., narcolepsia, transtorno do sono relacionado à respiração, transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano, parassonia).
 - G. A insônia não é atribuída aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p. ex., abuso de drogas ilícitas, medicamentos).
 - H. A coexistência de transtornos mentais e de condições médicas não explica adequadamente a queixa predominante de insônia.
-

Transtorno de Hipersonolência

- A. Relato do próprio indivíduo de sonolência excessiva (hipersonolência) apesar de o período principal do sono durar no mínimo 7 horas, com pelo menos um entre os seguintes sintomas:
 - 1. Períodos recorrentes de sono ou de cair no sono no mesmo dia.
 - 2. Um episódio de sono principal prolongado de mais de 9 horas por dia que não é reparador (i.e., não é revigorante).
 - 3. Dificuldade de estar totalmente acordado depois de um despertar abrupto.
 - B. A hipersonolência ocorre pelo menos três vezes por semana, durante pelo menos três meses.
 - C. A hipersonolência é acompanhada de sofrimento significativo ou de prejuízo no funcionamento cognitivo, social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
 - D. A hipersonolência não é mais bem explicada por e nem ocorre exclusivamente durante o curso de outro transtorno do sono (p. ex., narcolepsia, transtorno do sono relacionado à respiração, transtorno do sono-vigília do ritmo circadiano ou parassonia).
 - E. A hipersonolência não é atribuída aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p. ex., abuso de drogas, medicamentos).
 - F. A coexistência de transtornos mentais e de condições médicas não explica adequadamente a queixa predominante de hipersonolência.
-

Anorexia Nervosa

- A. Restrição da ingesta calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. *Peso significativamente baixo* é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado.
- B. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.
- C. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na autoavaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual.

Especificar se:

Tipo restritivo: Durante os últimos três meses, o indivíduo não se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar ou comportamento purgativo (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas). Esse subtipo descreve apresentações nas quais a perda de peso seja conseguida essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo.

Tipo compulsão alimentar purgativa: Nos últimos três meses, o indivíduo se envolveu em episódios recorrentes de compulsão alimentar purgativa (i.e., vômitos autoinduzidos ou uso indevido de laxantes, diuréticos ou enemas).

Bulimia Nervosa

- A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:
 - 1. Ingestão, em um período determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
 - 2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).
 - B. Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos; uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos; jejum; ou exercício em excesso.
 - C. A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses.
 - D. A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais.
 - E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.
-

Transtorno de Compulsão Alimentar

- A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Um episódio de compulsão alimentar é caracterizado pelos seguintes aspectos:
 - 1. Ingestão, em um período determinado (p. ex., dentro de cada período de duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes.
 - 2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio (p. ex., sentimento de não conseguir parar de comer ou controlar o que e o quanto se está ingerindo).
 - B. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes aspectos:
 - 1. Comer mais rapidamente do que o normal.
 - 2. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio.
 - 3. Comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome.
 - 4. Comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo.
 - 5. Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.
 - C. Sofrimento acentuado em virtude da compulsão alimentar.
 - D. Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses.
 - E. A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado, como na bulimia nervosa, e não ocorre exclusivamente durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa.
-

Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo

- A. Uma perturbação alimentar (p. ex., falta aparente de interesse na alimentação ou em alimentos; esquiva baseada nas características sensoriais do alimento; preocupação acerca de consequências aversivas alimentar) manifestada por fracasso persistente em satisfazer as necessidades nutricionais e/ou energéticas apropriadas associada a um (ou mais) dos seguintes aspectos:
 - 1. Perda de peso significativa (ou insucesso em obter o ganho de peso esperado ou atraso de crescimento em crianças).
 - 2. Deficiência nutricional significativa.
 - 3. Dependência de alimentação enteral ou suplementos nutricionais orais.
 - 4. Interferência acentuada no funcionamento psicossocial.
 - B. A perturbação não é mais bem explicada por indisponibilidade de alimento ou por uma prática culturalmente aceita.
 - C. A perturbação alimentar não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa ou bulimia nervosa, e não há evidência de perturbação na maneira como o peso ou a forma corporal é vivenciada.
 - D. A perturbação alimentar não é atribuível a uma condição médica concomitante ou mais bem explicada por outro transtorno mental. Quando a perturbação alimentar ocorre no contexto de outra condição ou transtorno, sua gravidade excede a habitualmente associada à condição ou ao transtorno e justifica atenção clínica adicional.
-

Transtorno de Sintomas Somáticos

- A. Um ou mais sintomas somáticos que causam aflição ou resultam em perturbação significativa da vida diária.
 - B. Pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos relacionados aos sintomas somáticos ou associados a preocupações com a saúde manifestados por pelo menos um dos seguintes:
 - 1. Pensamentos desproporcionais e persistentes acerca da gravidade dos próprios sintomas.
 - 2. Nível de ansiedade persistentemente elevado acerca da saúde e dos sintomas.
 - 3. Tempo e energia excessivos dedicados a esses sintomas ou a preocupações a respeito da saúde.
 - C. Embora algum dos sintomas somáticos possa não estar continuamente presente, a condição de estar sintomático é persistente (em geral mais de seis meses).
-

Transtorno de Ansiedade de Doença

- A. Preocupação com ter ou contrair uma doença grave.
 - B. Sintomas somáticos não estão presentes ou, se estiverem, são de intensidade apenas leve. Se outra condição médica está presente ou há risco elevado de desenvolver alguma condição médica (p. ex., presença de forte história familiar), a preocupação é claramente excessiva ou desproporcional.
 - C. Há alto nível de ansiedade em relação à saúde, e o indivíduo é facilmente alarmado a respeito do estado de saúde pessoal.
 - D. O indivíduo tem comportamentos excessivos relacionados à saúde (p. ex., verificações repetidas do corpo procurando sinais de doença) ou exibe evitação mal-adaptativa (p. ex., evita consultas médicas e hospitais).
 - E. Preocupação relacionada à doença presente há pelo menos seis meses, mas a doença específica que é temida pode mudar nesse período.
 - F. A preocupação relacionada à doença não é mais bem explicada por outro transtorno mental, como transtorno de sintomas somáticos, transtorno de pânico, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno dismórfico corporal, transtorno obsessivo-compulsivo ou transtorno delirante, tipo somático.
-

Transtorno Explosivo Intermitente

- A. Explosões comportamentais recorrentes representando uma falha em controlar impulsos agressivos, conforme manifestado por um dos seguintes aspectos:
1. Agressão verbal (p. ex., acessos de raiva, injúrias, discussões ou agressões verbais) ou agressão física dirigida a propriedades, animais ou outros indivíduos, ocorrendo em uma média de duas vezes por semana, durante um período de três meses. A agressão física não resulta em danos ou destruição de propriedades nem em lesões físicas em animais ou em outros indivíduos.
 2. Três explosões comportamentais envolvendo danos ou destruição de propriedades e/ou agressão física envolvendo lesões físicas contra animais ou outros indivíduos ocorrendo dentro de um período de 12 meses.
- B. A magnitude da agressividade expressada durante as explosões recorrentes que são consideravelmente desproporcionais à provocação ou a quaisquer estressores psicossociais desencadeantes
- C. As explosões de agressividade recorrentes não são premeditadas (i.e., são impulsivas e/ou decorrentes de raiva) e não têm por finalidade atingir algum objetivo tangível (p. ex., dinheiro, poder, intimidação).
- D. As explosões de agressividade recorrentes causam sofrimento acentuado ao indivíduo ou prejuízo no funcionamento profissional ou interpessoal ou estão associadas a consequências financeiras ou legais.
- E. A idade cronológica é de pelo menos 6 anos (ou nível de desenvolvimento equivalente).
- F. As explosões de agressividade recorrentes não são mais bem explicadas por outro transtorno mental (p. ex., transtorno depressivo maior, transtorno bipolar, transtorno disruptivo da desregulação de humor, um transtorno psicótico, transtorno da personalidade antissocial, transtorno da personalidade *borderline*) e não são atribuíveis a outra condição médica (p. ex., traumatismo craniocéfálico, doença de Alzheimer) ou aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., uma droga de abuso, um medicamento). No caso de crianças com idade entre 6 e 18 anos, o comportamento agressivo que ocorre como parte do transtorno de adaptação não deve ser considerado para esse diagnóstico.

Nota: Este diagnóstico pode ser feito em adição ao diagnóstico de transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade, transtorno da conduta, transtorno de oposição desafiante ou transtorno do espectro autista nos casos em que as explosões de agressividade impulsiva recorrentes excederem aquelas normalmente observadas nesses transtornos e justificarem atenção clínica independente.

Transtorno do Jogo

- A. Comportamento de jogo problemático persistente e recorrente levando a sofrimento ou comprometimento clinicamente significativo, conforme indicado pela apresentação de quatro (ou mais) dos seguintes em um período de 12 meses:
1. Necessidade de apostar quantias de dinheiro cada vez maiores a fim de atingir a excitação desejada.
 2. Inquietude ou irritabilidade quando tenta reduzir ou interromper o hábito de jogar.
 3. Fez esforços repetidos e malsucedidos no sentido de controlar, reduzir ou interromper o hábito de jogar.
 4. Preocupação frequente com o jogo (p. ex., apresenta pensamentos persistentes sobre experiências de jogo passadas, avalia possibilidades ou planeja a próxima quantia a ser apostada, pensa em modos de obter dinheiro para jogar).
 5. Frequentemente joga quando se sente angustiado (p. ex., sentimentos de impotência, culpa, ansiedade, depressão).
 6. Após perder dinheiro no jogo, com frequência volta outro dia para ficar quite (“recuperar o prejuízo”).
 7. Mente para esconder a extensão de seu envolvimento com o jogo.
 8. Prejudicou ou perdeu um relacionamento significativo, o emprego ou uma oportunidade educacional ou profissional em razão do jogo.
 9. Depende de outras pessoas para obter dinheiro a fim de saldar situações financeiras desesperadoras causadas pelo jogo.
- B. O comportamento de jogo não é mais bem explicado por um episódio maniaco.
-

Materiais de Treinamento

Dois tipos de materiais (casos) estão incluídos para treinamento: Casos para *Role-play* e Casos para Exercício.

Casos para *Role-play*

Cinco casos para *Role-play* são úteis para praticar como administrar a SCID-5-CV. Esses casos funcionam melhor em grupos de 2 a 4 pessoas, com uma delas assumindo o papel do entrevistador da SCID, outra o do paciente e as demais agindo como observadores, fazendo classificações juntamente com o entrevistador. Cada caso deve ser lido apenas pelo “paciente”; os outros membros do grupo não devem tomar conhecimento dele, de modo que a psicopatologia possa ser revelada à medida que a interpretação de papéis se desenrola. O “paciente” deve iniciar pela leitura em voz alta da seção Visão Geral do caso para os outros membros do grupo. Isso substitui a realização de toda a Visão Geral da SCID-5-CV, o que pareceu particularmente difícil de fazer durante a interpretação de papéis. O entrevistador deve, então, começar a praticar a entrevista com o Módulo A. A pessoa que interpreta o paciente deve seguir as instruções sobre como responder às perguntas, de modo que diversos grupos pequenos envolvidos no caso chegarão ao mesmo diagnóstico. Após cada caso para *role-play*, sugere-se que o grupo inteiro o discuta em conjunto, focando em quaisquer discrepâncias dentro dos grupos e entre eles.

Casos para Exercício

Nove casos para exercício (adaptados do *DSM-IV-TR Casebook* [Spitzer et al., 2002], com algumas mudanças para facilitar a aplicação dos critérios diagnósticos) se propõem a ajudar o clínico a praticar como navegar pelo Módulo C da SCID-5-CV. Espera-se que o clínico, ao administrar a SCID-5-CV, avance pelos Módulos C e D com o paciente sentado à sua frente, para que tenha a oportunidade de fazer perguntas de clarificação adicionais. É aconselhável, portanto, que o profissional se torne proficiente no uso dos Módulos C e D antes de entrevistar um paciente real. Cada caso deve ser lido e, em seguida, os itens devem ser classificados como se a SCID-5-CV estivesse sendo administrada para aquele paciente, iniciando pelo começo do Módulo A. Se a informação para a classificação de um critério particular não tiver sido mencionada na vinheta do caso, assuma que ela não esteve presente e atribua uma classificação de “-”. A discussão que segue cada caso indica a “trajetória” correta a ser percorrida na SCID-5-CV e fornece as classificações para rótulos de itens pertinentes em cada caso.

Casos para *Role-play*

Caso para *Role-play* 1 (para praticar os Módulos A, B, C e D): “Caminhoneiro deprimido”

(Leia isto em voz alta para o entrevistador).

Visão Geral

Este é um homem de 50 anos de idade, divorciado e que relata estar deprimido nos últimos seis meses. Ele trabalha como motorista de caminhão, mas está correndo risco de perder seu emprego por estar faltando muito ao trabalho ultimamente. Relata que há dias em que fica apenas sentado na beira da cama, olhando para o chão, incapaz de se mover. Também relata que tem evitado seus amigos e que não gosta mais de sair de casa. Teve um episódio semelhante 10 anos atrás, quando estava passando por um divórcio. No período entre esses episódios, ele se sentiu bem.

(Para a protagonização de papéis)

Sintomas de humor: Para o período do mês atual (nenhum período de duas semanas foi particularmente pior do que os outros), relate os sintomas depressivos como a seguir:

- Reconheça depressão persistente (Critério A1).
- Reconheça perda de interesse (Critério A2).
- Reconheça perda de apetite, acompanhada por uma perda de peso de aproximadamente 9 kg (Critério A3).
- Reconheça ter problema para adormecer (revirando-se na cama por duas horas) sendo que, depois, desperta às 5h da manhã (Critério A4).
- Negue ter agitação psicomotora (primeira parte do Critério A5), mas reconheça ter grave retardo psicomotor (Critério A5). (Alternativamente, você pode demonstrar o grave retardo psicomotor se suas habilidades de atuação forem boas o bastante.)
- Reconheça fadiga ou perda de energia (Critério A6).
- Negue sentimentos de desvalia e relate sentimentos de culpa (Critério A7), mas não dê detalhes, a não ser que o entrevistador os peça. Quando questionado sobre culpa, diga que está se sentindo muito culpado e ofereça um exemplo que seja claramente excessivo (p. ex., explique que seu filho tem um problema com drogas grave, e que você está convencido de que isso se deve ao fato de ter viajado muito e não ter tido a possibilidade de brincar com ele durante sua infância).
- Negue dificuldade para se concentrar e tomar decisões (Critério A8).
- Negue ideiação suicida (Critério A9).

Se o entrevistador perguntar como a depressão tem afetado sua vida, lembre-o de que você não tem conseguido trabalhar por causa dela e que, embora viva sozinho desde o seu divórcio, há 10 anos, você tem muitos e bons amigos. Contudo, por

causa da depressão, tem se isolado deles. Você tem boas condições de saúde e não começou a usar (nem aumentou a quantidade de) álcool, drogas ou medicamentos. Quando questionado sobre quantos períodos distintos em sua vida você esteve deprimido, diga duas vezes: agora e há 10 anos.

A próxima pergunta deve ser sobre se você apresentou sintomas maníacos no último mês. Responda “NÃO” à pergunta sobre a existência de um período, no último mês, em que você estava se sentindo bem, elevado ou empolgado. Responda “SIM” à pergunta sobre se durante o mês atual você teve um período em que esteve irritável, raivoso ou irascível pela maior parte do dia. Explique que, quando fica deprimido, você fica muito irritável e irascível e que qualquer coisinha pode incomodá-lo. Responda “NÃO”, contudo, à pergunta adicional sobre se sentir “hiperanimado” e ter uma quantidade incomum de energia. Como já explicou antes, você se sente mais lento e não tem qualquer energia. O entrevistador deve (assim se espera) pular a pergunta sobre Episódio Maníaco Anterior. Negue que já houve quaisquer episódios anteriores de humor elevado ou irritável. Também, negue ter se sentido abatido na maioria dos dias nos últimos dois anos.

Sintomas psicóticos e associados: Responda “NÃO” a tudo, exceto o seguinte:

1. Responda “SIM” à primeira pergunta, sobre se as pessoas prestam atenção em você de forma especial. Explique que você fica em casa porque, se sair na rua, acaba encontrando pessoas que ficam perguntando por que não está trabalhando.
2. Responda “SIM” à segunda pergunta, sobre delírios de culpa (“Já teve a sensação de que algo que você fez, ou que deveria ter feito, mas não fez, causou sérios danos aos seus pais, filhos, outros membros da família ou amigos?”). Reitere como você se sente extremamente culpado por achar que é a causa da adição em drogas de seu filho por não ter brincado o suficiente com ele durante sua infância, pois você passava muito tempo longe de casa. Você compreende que se sente assim porque está deprimido e que esses sentimentos são provavelmente exagerados por causa disso.

Diagnóstico da SCID-5-CV

F33.2 Transtorno Depressivo Maior, Episódio Recorrente, Grave

(Caixa “Atual” registrada na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico)

Caso para *Role-play* 2 (para praticar os Módulos A, B, C e D): “A paz mundial por meio da meditação”

(Leia isto em voz alta para o entrevistador.)

Visão Geral

Esta mulher de 30 anos de idade foi trazida ao hospital por sua família porque, nas últimas três semanas, abandonou seu emprego como recepcionista em um consultório médico, colocou sua casa à venda e não tem dormido; seu comportamento tem ficado cada vez mais bizarro. Ela está muito zangada por causa da sua hospitalização, pois acredita que sua família quer apenas impedi-la de compartilhar suas boas novas com o mundo.

(Para a protagonização de papéis)

Sintomas de humor: Responda “nunca” a todas as perguntas sobre depressão e perda de interesse. Em resposta à pergunta sobre sentir-se bem, “elevada”, empolgada ou “no topo do mundo”, explique que você está se sentindo “alegre” por ter abandonado seu antigo emprego e por causa da sua capacidade recém-descoberta de ensinar meditação, e que está se sentindo assim há três semanas. Em resposta à pergunta adicional sobre estar se sentindo “hiperanimada” ou “ligada”, explique que você também tem uma quantidade incrível de energia para fazer as coisas e que está empolgada com todas as atividades sensacionais que tem realizado e que está prestes a realizar.

Para os sintomas do Critério B:

- Quando questionada a respeito de como se sente sobre si mesma (Critério B1), diga que se sente ótima, que está especialmente empolgada com a descoberta de que tem um poder especial de ensinar as outras pessoas a meditar “por osmose” e que vai promover a paz mundial abrindo um centro de meditação no Rio de Janeiro. Quando o entrevistador (assim se espera) lhe pedir mais detalhes sobre como isso se dá, explique que você consegue ensinar as pessoas a meditar simplesmente as encarando por alguns minutos e, em seguida, elas estão aptas a meditar. Você sabe que foi bem-sucedida pelo olhar delas após a realização desse procedimento.
- Quando questionada sobre seu sono (Critério B2), diga que não dorme há 10 dias porque está muito empolgada com seus novos poderes.
- Quando questionada sobre estar falando demais (Critério B3), apresente um comportamento verborrágico ou diga ao entrevistador que sua família está reclamando que você fala demais.
- Quando questionada sobre pensamentos acelerados (Critério B4), diga que sua mente está “inundada” por ideias sobre seu novo centro de meditação.
- Quando questionada sobre distratibilidade (Critério B5), diga “SIM”, mas você é incapaz de dar exemplos.
- Quando questionada sobre o aumento nas atividades (Critério B6), diga que tem percorrido as estações de rádio e TV da cidade tentando divulgar as notícias.
- Quando questionada sobre fazer qualquer coisa que pudesse acarretar problemas para você (Critério B7), diga que foi presa quando tentou entrar à força nos estúdios de um programa de telejornal para divulgar sua mensagem ao vivo.

Você está e sempre esteve em excelentes condições de saúde e nega ter tomado álcool ou drogas de qualquer tipo nos últimos anos.

Sintomas psicóticos: Responda “NÃO” à pergunta com relação às pessoas falarem de você ou a observarem de modo especial. Em resposta à pergunta sobre receber mensagens especiais da TV, explique que está tentando levar a sua própria mensagem até o pessoal da TV. Responda “NÃO” às perguntas sobre ter a sensação de que as letras de uma canção, as roupas que as pessoas estavam vestindo ou as placas de trânsito ou os *outdoors* foram feitos para transmitir-lhe uma mensagem.

Sobre delírios persecutórios, diga que seus familiares acham que você é louca porque não conseguem entender a importância dos seus novos poderes, e que está muito zangada com eles por a terem internado em um hospital. Responda “NÃO” à pergunta sobre ter a sensação de estar sendo seguida ou espionada e “NÃO” à pergunta sobre estar sendo envenenada. Em resposta à pergunta sobre ter poderes especiais, responda dizendo “Como você descobriu? Já está nos noticiários?” e explique que de novo sobre seu poder de ensinar as pessoas a meditar por osmose e como as guerras não serão mais necessárias assim que todo mundo conseguir meditar, pois haverá paz mundial. Responda “NÃO” à pergunta sobre ter um relacionamento próximo com alguém famoso.

Responda “NÃO” às perguntas sobre estar convencida de que há algo errado com a sua saúde física, ou de que alguma coisa estranha está acontecendo com partes do seu corpo. Responda “NÃO” às perguntas sobre ter cometido um crime ou que você fez algo que causou danos grave à família.

Responda “NÃO” à pergunta sobre estar convencida de que um parceiro foi infiel. Responda “SIM” à pergunta sobre ser uma pessoa religiosa ou espiritualizada, explicando que recebeu uma criação católica e que costumava ir à igreja todo domingo e que, embora não vá mais à missa com regularidade, você ainda se considera religiosa. Em seguida, responda “NÃO” à pergunta sobre ter quaisquer experiências religiosas ou espirituais que outras pessoas não experimentaram e “NÃO” à pergunta sobre se Deus, o diabo ou outra entidade espiritual se comunicou diretamente com você.

Responda “NÃO” à pergunta sobre ter um admirador secreto ou ter um envolvimento romântico com uma pessoa famosa. Responda “NÃO” às perguntas restantes em relação ao Transtorno Delirante sobre se sentir controlada, ter pensamentos colocados em sua cabeça, ter pensamentos retirados da sua cabeça, ter a sensação de que seus pensamentos estavam sendo transmitidos em alto e bom som ou acreditar que alguém pode ler sua mente.

Em resposta à pergunta sobre ouvir vozes, diga que, às vezes, ouve seu nome sendo chamado. Quando isso acontece, você se vira para a direção de onde veio o chamado, mas nunca há ninguém no lugar. Diga “NÃO” para todas as outras alucinações.

Diagnóstico da SCID-5-CV

F31.2 Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Maníaco Atual, com Características Psicóticas

(Caixa “Atual” registrada na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico)

Caso para *Role-play* 3 (para praticar os Módulos A, B e C): “O perseguidor”

(Leia isto em voz alta para o entrevistador.)

Visão Geral

Esta é uma auxiliar administrativa de 35 anos que diz estar sendo “perseguida” por um policial desde que compareceu à delegacia devido a uma multa por excesso de velocidade, há 10 meses.

(Para a protagonização de papéis)

Sintomas de humor: Em resposta a perguntas sobre depressão atual, diga que seu humor é de “angústia” e “aborrecimento” e que está se sentindo assim há semanas, mas responda “NÃO” quanto a estar se sentindo triste, deprimida, abatida ou sem esperança. Responda “NÃO” à questão sobre ter perdido o interesse ou o prazer com coisas de que costumava gostar. Se o entrevistador decidir continuar com as perguntas para um Episódio Depressivo Atual, responda “NÃO” a todas as questões sobre sintomas depressivos, exceto à pergunta sobre ter problemas para adormecer (Critério A4) e àquela sobre ter problemas para se concentrar (Critério A8), porque tem muito medo do que o policial pode fazer a você.

Responda “NÃO” à pergunta sobre já ter havido outras vezes no passado em que você se sentiu deprimida ou abatida e “NÃO” à pergunta sobre já ter perdido o interesse ou o prazer com coisas de que você costumava gostar.

Responda “NÃO” às perguntas sobre episódios maníacos e atuais (i.e., você nunca teve períodos em que se sentiu muito bem, “elevada”, empolgada ou “no topo do mundo” a ponto das outras pessoas acharem que você não estava normal, e nunca teve períodos em que se sentiu irritável, raivosa ou irascível por pelo menos alguns dias).

Em resposta à pergunta inicial sobre Transtorno Depressivo Persistente (rótulo de item A78; “De (DOIS ANOS PARA CÁ), você foi perturbado por humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias?”), diga que, embora o comparecimento à delegacia tenha ocorrido há 10 meses, foi apenas nas últimas semanas que você percebeu que o policial a está perseguindo, o que a vem deixando bastante aborrecida. Portanto, se for perguntado, esclareça que você não esteve deprimida na maioria dos dias nos últimos dois anos.

Sintomas psicóticos: Em resposta à pergunta inicial sobre se as pessoas estavam falando de você ou a observavam de modo especial, explique que o policial é a única pessoa que a observou de modo especial. Você sabe disso porque o vê perambulando nas proximidades do seu prédio à noite. Além disso, recebe ligações que são interrompidas logo depois que as atende, e tem certeza de que são feitas por ele. Negue as outras perguntas sobre delírios de referência (i.e., negue que coisas no rádio, TV, jornais, músicas, roupas das pessoas, placas de trânsito ou *outdoors* têm um significado especial para você).

Em resposta à pergunta sobre existir alguém fazendo de tudo para causar dificuldades a você ou tentando feri-la, diga que não tem certeza de por que o policial está fazendo isso ou o que ele quer de você, mas que acha que é algo sexual. Responda “SIM” à pergunta sobre ter a sensação de que está sendo seguida pelo policial,

mas diga que não sabe o porquê. Se for perguntado, você deve explicar que tem certeza absoluta de que ele a está seguindo e que não é só a sua imaginação.

Responda “NÃO” à pergunta sobre ser especialmente importante ou ter poderes especiais e “NÃO” àquela sobre ter um relacionamento próximo com alguém famoso.

Responda “NÃO” às perguntas sobre estar convencida de que há algo errado com a sua saúde física, ou de que alguma coisa estranha está acontecendo com partes do seu corpo. Responda “NÃO” às perguntas sobre ter cometido um crime ou feito algo que causou danos graves à sua família.

Responda “NÃO” à pergunta sobre estar convencida de que um parceiro foi infiel. Responda “NÃO” sobre ser uma pessoa religiosa ou espiritualizada, e de novo “NÃO” sobre ter a sensação de que Deus, o diabo, outra entidade espiritual ou poder superior se comunicou diretamente com você.

Responda “NÃO” à pergunta sobre ter um admirador secreto ou ter um envolvimento romântico com uma pessoa famosa. Responda “NÃO” às perguntas restantes em relação ao Transtorno Delirante, ou seja, sobre se sentir controlada, ter pensamentos colocados em sua cabeça, ter pensamentos retirados da sua cabeça, ter a sensação de que seus pensamentos estavam sendo transmitidos em alto e bom som ou acreditar que alguém pode ler sua mente. Responda “NÃO” a todas as outras perguntas sobre delírios.

Responda “NÃO” a todas as perguntas sobre alucinações. Se o entrevistador fizer mais indagações sobre alucinações visuais (considerando que você disse ter “visto” o policial perto do seu prédio), explique que viu alguém que parece ser esse indivíduo, noite após noite, dirigindo pela rua, fingindo patrulhar o bairro, e que, embora não estivesse próximo o bastante para ver seu rosto, você tem certeza de que é ele.

Se for perguntado, negue que houve um período recente em que você não estava trabalhando, não estava estudando ou tenha ficado incapaz de cuidar de seus afazeres.

Você não tem problemas médicos e nega o uso de drogas e álcool, e não está tomando nenhuma medicação.

Diagnóstico da SCID-5-CV**F22 Transtorno Delirante**

(Caixa “Atual” registrada na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico)

Caso para *Role-play* 4 (para praticar os Módulos F e G): “É melhor prevenir do que remediar”

(Leia isto em voz alta para o entrevistador.)

Visão Geral

Esta mulher de 28 anos, casada, mãe e de origem latino-americana está buscando tratamento para ataques de pânico e se preocupa com o fato de que eles se tornaram cada vez mais perturbadores para ela. Descreve ter ataques de pânico que começaram há cerca de dois anos e se tornaram mais frequentes no último ano. No último ano, ela também andou evitando qualquer situação em que pudesse haver uma multidão, pois estava preocupada em ficar presa caso viesse a ter um ataque e fosse incapaz de fugir, como em lojas pequenas e lotadas de gente. Ainda que a loja não estivesse lotada, ela a evitava mesmo assim, uma vez que, a qualquer momento, ela poderia ficar abarrotada de gente. Justificava que era melhor prevenir do que remediar.

(Para a protagonização de papéis)

Sintomas de humor: Responda “NÃO” a todas as questões sobre sintomas de humor: você nunca ficou deprimida por mais de um ou dois dias, nunca ficou eufórica ou irritável de maneira anormal e nunca ficou deprimida na maioria dos dias nos últimos dois anos.

Sintomas psicóticos: Responda “NÃO” para tudo.

Transtorno por Uso de Substâncias: Ocasionalmente, você pode beber um copo de vinho no jantar ao sair, mas o álcool nunca causou nenhum problema. Você experimentou maconha uma vez na faculdade, mas ela só a deixou sonolenta.

Sintomas de ansiedade: Responda “SIM” à pergunta inicial sobre ataques de pânico e descreva o último ataque grave que você teve, o qual aconteceu ontem. Você estava em casa assistindo à TV e, de repente, ele surgiu do nada. Ao descrevê-lo, diga ao entrevistador como seu coração estava acelerado, você estava suando, teve sensação de desmaio e sentiu falta de ar. Reconheça que os sintomas surgiram de repente e pioraram em poucos minutos.

Em resposta a estas perguntas sobre sintomas específicos associados ao ataque de pânico:

- Responda “SIM” à pergunta sobre se seu coração acelera (Critério A1).
- Responda “SIM” à pergunta sobre sudorese (Critério A2).
- Responda “SIM” à pergunta sobre tremores (Critério A3).
- Responda “SIM” à pergunta sobre falta de ar (Critério A4).
- Responda “NÃO” à pergunta sobre se sentir asfixiada (Critério A5).
- Responda “SIM” à pergunta sobre dor torácica (Critério A6).
- Responda “NÃO” à pergunta sobre náusea e desconforto abdominal (Critério A7).
- Responda “SIM” à pergunta sobre sentir tontura (Critério A8).
- Responda “NÃO” à pergunta sobre rubores e ondas de calor (Critério A9).
- Responda “SIM” à pergunta sobre formigamento (diga que ele aconteceu nas suas mãos) (Critério 10).
- Responda “NÃO” à pergunta sobre desrealização (Critério A11).

- Responda “NÃO” à pergunta sobre perda de controle (Critério A12).
- Responda “NÃO” à pergunta sobre medo de morrer (Critério A13).

Quando o entrevistador perguntar se algum desses ataques surgiu do nada, diga que a maioria parece vir sem que nada provoque sua ansiedade, como o ataque que aconteceu enquanto estava assistindo à TV. Quando o entrevistador perguntar se você ficou apreensiva ou preocupada com a possibilidade de ter outro ataque, responda “SIM”. Você está sempre preocupada com a possibilidade de ter outro ataque: pensa constantemente nisso e se pergunta quando o próximo irá acontecer. Quando o entrevistador perguntar se você fez alguma coisa de forma diferente por causa dos ataques, diga que evita qualquer situação em que possa ficar presa em uma multidão... situações como loja, ônibus, cinema ou, até mesmo, elevador lotado. Você fica inspecionando constantemente o seu ambiente; se vir que um ônibus, uma loja ou um elevador tem gente demais ou parece ter a possibilidade de ficar lotado, você simplesmente não entra. Isso vem acontecendo de um ano para cá.

Em resposta à pergunta sobre quando os ataques de pânico começaram, diga que se iniciaram há cerca de dois anos, mas que têm ficado mais frequentes ultimamente. Você não estava tomando medicamentos ou usando drogas quando eles começaram e toma apenas café descafeinado e chás de ervas porque a cafeína sempre a deixou sobressaltada. Você não estava fisicamente doente quando os ataques de pânico começaram. Na verdade, depois do primeiro ataque, você foi ao médico porque pensou que algo estava errado com seu coração, mas ele atestou as suas boas condições de saúde.

Quando questionada sobre o último mês, diga que teve ataques de pânico todos os dias. Em resposta à pergunta sobre estar preocupada com ter ataques no último mês, diga que você vem se sentindo constantemente preocupada em relação a ter mais ataques de pânico. Finalmente, em resposta à pergunta sobre fazer algo diferente, reitere que evita lugares com multidões.

Responda “SIM” à pergunta sobre se sentir ansiosa ou com medo de diversas situações nos últimos seis meses (Critério A) e descreva brevemente aquelas que você evita (i.e., qualquer situação em que possa haver uma multidão). Você evita ônibus lotados, mas, se não estiverem cheios, você embarca. Você não evita viagens em qualquer outra forma de transporte, nem espaços abertos como estacionamento, mercados a céu aberto ou pontes, porque não costumam ficar lotados. Você evita, em geral, lugares fechados, como lojas, cinemas e *shopping centers*, pois, mesmo se não estiverem lotados, eles podem ser tomados pela multidão a qualquer momento. Por isso, é melhor prevenir do que remediar. Você não evita sair sozinha de casa.

Quando perguntada sobre o que você teme que venha a acontecer, explique que tem medo de ter um ataque de pânico e que a multidão dificultaria sua saída (Critério B). Há cerca de um ano, você sempre se sente ansiosa ou amedrontada em situações com multidões (Critério C) e faz grandes esforços para evitar essas situações (Critério D). Embora tenha medo de que não conseguirá fugir, não há nada nas multidões que seja especialmente perigoso ou ameaçador para você (Critério E). Esse medo esteve presente na maior parte do último ano (Critério F). Quando questionada sobre o efeito na sua vida, diga que essa ansiedade e esse medo tornam muito difícil para você tomar conta da sua família por causa de todos os lugares evitados. Você não entra em nenhuma loja pequena porque elas podem ficar lotadas, tampouco em loja ou *shopping center* grande durante momentos em que podem ficar lotados, como fins de semana. Você está muito incomodada pelo fato de ter esses medos.

Responda “NÃO” à pergunta sobre ficar especialmente nervosa em situações sociais, mas responda “SIM” à questão sobre ter sentido medo de fazer coisas na frente de outras pessoas nos últimos seis meses (Critério A). Explique, contudo, que isso é limitado a ficar nervosa ao falar diante de grupos grandes de pessoas e que você acha que esse nervosismo não é maior do que aquele que a maioria das pessoas sentiria. Negue a existência de outras situações sociais ou de desempenho que a deixem nervosa (Critério A).

Se o entrevistador escolher continuar com a avaliação do Transtorno de Ansiedade Social:

- Quanto à pergunta “O que você temia que fosse acontecer quando teve que falar diante de um grupo de pessoas?”, explique que temia ficar envergonhada por dizer uma besteira (Critério B).
- Responda “SIM” à pergunta “Você quase sempre se sentiu amedrontada quando teve que falar diante de um grande grupo de pessoas?” (Critério C).
- Em resposta à pergunta “Você fez grandes esforços para evitar falar em frente às pessoas?”, diga que, nas poucas vezes em que teve que falar diante de um grupo de outras pessoas, como em uma aula no ensino médio, você não foi à escola (Critério D).
- Quando questionada sobre qual seria o resultado provável de um desempenho ruim ao falar diante de um grande grupo de pessoas, diga que você ficaria envergonhada, mas que nada mais aconteceria (Critério E).
- Quando questionada sobre se seu medo ou evitação estiveram presentes na maior parte dos últimos seis meses, diga que você se sente assim desde que era criança (Critério F).
- Quando questionada sobre qual o efeito que esse medo de falar diante de grandes grupos teve em sua vida, diga que isso teve um impacto bem pequeno, porque tais situações raramente surgiram, e não há implicações negativas em evitar falar diante de grandes grupos de pessoas (Critério G).

Responda “SIM” à pergunta sobre ter se sentido ansiosa ou preocupada durante grande parte do tempo nos últimos seis meses. Explique que, além dos seus medos em relação a ter um ataque de pânico, você se viu atormentada com preocupações em relação a quase tudo. Você se preocupa com a possibilidade de seu marido ser morto durante uma viagem de negócios, com a possibilidade de seus filhos desenvolverem uma doença terminal, com as suas finanças (apesar de seu marido assegurá-la de que ele é bem remunerado e seu emprego é seguro), com o fato de você estar sendo uma mãe boa o bastante ou não, e assim por diante. Reconheça que se preocupa mesmo quando não há motivos para isso e que seu marido diz constantemente que você se preocupa demais. Responda “SIM” à pergunta sobre ter se sentido preocupada na maior parte dos dias nos últimos seis meses.

Em resposta à pergunta “Quando se preocupa dessa maneira, você acha difícil parar com isso ou pensar em qualquer outra coisa?”, responda que pensa com frequência que é ridículo ficar se preocupando, mas sua mente não para de voltar a pensar nas suas preocupações.

Em resposta às perguntas sobre sintomas de Transtorno de Ansiedade Generalizada:

- Responda “SIM” à pergunta sobre se sentir à flor da pele (Critério C1).

- Responda “SIM” à pergunta sobre se sentir cansada durante grande parte do tempo (Critério C2).
- Responda “NÃO” à pergunta sobre ter problemas para se concentrar (Critério C3).
- Responda “NÃO” à pergunta sobre irritabilidade (Critério C4).
- Responda “NÃO” à pergunta sobre tensão muscular (Critério C5).
- Responda “SIM” à pergunta sobre ter problema para começar a dormir por pensar em todas as coisas que podem dar errado (Critério C6).

Em resposta à questão sobre qual o efeito que isso teve em sua vida, diga que precisa ligar para o seu marido todos os dias para se certificar de que ele pode pegar seus filhos após o trabalho e que ele acha isso muito incômodo; essa situação está causando muita tensão no seu relacionamento. Você também é muito crítica em relação a si mesma por agir dessa maneira e gostaria de poder relaxar.

Você não tem nenhum problema médico, não bebe nem usa drogas e não bebe mais de uma xícara de café por dia.

Responda “NÃO” às três perguntas de avaliação sobre obsessões (i.e., pensamentos, imagens e impulsos que vinham à cabeça sem parar). Responda “SIM” à questão sobre se houve algo que você teve que fazer repetidas vezes. Explique que você tem que voltar para casa quase sempre que sai para verificar se o fogão e o ferro de passar estão desligados, se o aquecedor elétrico está fora da tomada, e assim por diante. Esse comportamento é ritualizado, uma vez que isso deve ser feito em uma certa ordem, do contrário, você precisa iniciar tudo de novo. Esse comportamento de verificação acaba tomando apenas entre 5 a 10 minutos por dia, e você insiste que NÃO se incomoda com isso e que isso NÃO interfere significativamente na sua vida.

Diagnósticos da SCID-5-CV

F41.0 Transtorno de Pânico

F40.00 Agorafobia

F41.1 Transtorno de Ansiedade Generalizada

(Caixa “Atual” registrada na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico para os três diagnósticos)

Caso para *Role-play* 5 (para praticar os Módulos A, B e E): “Ocupado demais”

(Leia isto em voz alta para o entrevistador.)

Visão Geral

Este mexicano-americano de 40 anos foi admitido em um programa de tratamento para uso de drogas. Ele jamais se casou e vive sozinho. É um construtor de piscinas que está no meio da sua temporada de pico, trabalha 60 horas por semana e passa as noites no hospital visitando sua mãe, que se encontra em fase terminal de uma doença. Relata que a droga que mais usa é a cocaína e que “isso saiu do controle”. Ele vem gastando mais de 500 reais por semana em seu vício. Quanto aos hábitos de bebida, relata que bebe dois cálices de vinho no jantar e mais 2 ou 3 cervejas quando sai com os amigos à noite, o que acontece duas vezes por semana aproximadamente.

(Para a protagonização de papéis)

Sintomas de humor: Responda “SIM” à questão sobre humor deprimido atual, mas quando o entrevistador perguntar sobre se o humor deprimido está presente “na maior parte do dia, quase todos os dias”, diga “NÃO”. Você está deprimido por causa de sua mãe, mas não pensa nisso durante o dia porque está muito ocupado. Em resposta à pergunta sobre perda de interesse, diga de novo que não tem tempo para fazer nada além do trabalho, visitar sua mãe e dormir, mas que ainda está interessado no trabalho e em visitar sua mãe. Se o entrevistador fizer (incorretamente) perguntas sobre Episódio Depressivo Atual, responda “NÃO” a todas elas. Responda “NÃO” a todas as outras perguntas no módulo de humor.

Sintomas psicóticos: Responda “NÃO” a tudo, menos para “auras” vívidas e com cores brilhantes (ilusões visuais – NÃO alucinações) quando você estava sob efeito de LSD.

Transtorno por Uso de Substâncias: Conforme descrito na Visão Geral, você vem bebendo dois cálices de vinho no jantar e, duas noites por semana, bebe mais 2 ou 3 cervejas quando sai com seus amigos. Com relação às perguntas que avaliam o Transtorno por Uso de Álcool nos últimos 12 meses, diga “NÃO” para todas as 11 questões: a bebida não causou nenhum problema nos últimos 12 meses nem está fora de controle.

Quando for questionado sobre uso de substâncias não alcoólicas nos últimos 12 meses, responda como a seguir:

- Negue o uso de quaisquer drogas da classe dos sedativos hipnóticos ou ansiolíticos.
- Admita que fuma maconha todos os dias, 3 ou 4 baseados, começando, às vezes, logo após o café da manhã.
- Admita que cheira cocaína diariamente. Negue usar quaisquer outros tipos de estimulantes.
- Negue usar quaisquer opioides.
- Negue usar qualquer PCP.
- Admita o uso de LSD pelo menos uma vez por mês durante o último ano.
- Negue usar quaisquer inalantes.
- Negue usar quaisquer outros tipos de drogas.

Para a avaliação dos critérios para Transtorno por Uso de Substâncias Não Alcoólicas, o entrevistador deve perguntar a você que drogas ou medicamentos lhe causaram mais problemas nos últimos 12 meses. Você deve dizer “sem dúvida, a cocaína”. Então, responda às perguntas individuais como a seguir:

Critério A1 (consumir mais do que o pretendido)

Responda “SIM”: seu uso de cocaína está fora de controle; você frequentemente usa toda sua reserva da droga em uma noite, mesmo quando tem uma quantidade que deveria durar uma semana.

Critério A2 (desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir)

Responda “SIM”: você tentou parar muitas vezes, mas não conseguiu, e é por isso que procurou tratamento.

Critério A3 (grande quantidade de tempo gasto)

Responda “SIM”: você vem usando cocaína todos os dias e está “ligado” durante todo o tempo em que trabalha nas piscinas.

Critério A4 (fissura)

Responda “SIM”: você sempre sente fissura quando não está usando a droga.

Critério A5 (o uso resulta em fracasso no cumprimento de obrigações importantes)

Responda “NÃO”: embora possa ser um pouco apressado no trabalho, pode-se dizer que você ficou até mais produtivo; não houve nenhum impacto negativo no cumprimento de obrigações.

Critério A6 (uso continuado, apesar dos problemas sociais enfrentados)

Responda “SIM”: sua família reprova seu uso de drogas; toda vez que você fala com seus familiares acontece uma discussão sobre seu uso de cocaína. Recentemente, você tem evitado falar com seus familiares porque não quer mais ser importunado.

Critério A7 (atividades abandonadas)

Responda “SIM”: você parou de passar tempo com a família e amigos e não pratica mais esportes, que é algo que já foi seu principal interesse.

Critério A8 (usa quando pode representar perigo para a integridade física)

Responda “SIM” à pergunta sobre se você cheirou cocaína antes de dirigir, mas “NÃO” à questão sobre o seu uso da droga causar direção imprudente ou arriscada.

Critério A9 (usa apesar do conhecimento de problema físico ou psicológico)

Responda “SIM” à pergunta sobre problemas psicológicos: No início do ano, quando estava consumindo doses ainda maiores de cocaína, o uso o deixava bastante paranoico; você trancava as portas da sua casa e ficava convencido de que a polícia estava vigiando suas atividades.

Responda “NÃO” à pergunta sobre problemas físicos.

Responda “SIM” à pergunta sobre ter continuado a usar cocaína mesmo assim.

Critério A10 (tolerância)

Responda “SIM”: você precisou aumentar a quantidade usada depois de apenas alguns dias.

Critério A11 (abstinência)

Responda “SIM”: depois que a sua cocaína acaba, você sente o “*crash*” (repê) e fica depressivo ou irritável, dorme o tempo todo, sente-se fatigado e mais lento.

Diagnóstico da SCID-5-CV

F14.20 Transtorno por Uso de Cocaína, Grave

(Critérios A1, A2, A3, A4, A6, A7, A8, A9, A10, A11)

(Caixa “Atual” registrada na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico)

Casos para Exercício

Caso para Exercício 1: “Padrão de vida baixo”

A Sra. Larkin, com 39 anos de idade, é uma mulher solteira, pálida e curvada. Seu rosto infantil é emoldurado por tranças loiras assimétricas, amarradas com laços cor de rosa. Ela foi encaminhada para uma avaliação psiquiátrica para possível hospitalização pelo médico da família, que estava preocupado com seu baixo nível de funcionamento. A única reclamação dela foi: “Meus cuidados comigo mesma decaíram e eu tenho um padrão de vida baixo”. Sua mãe conta que houve mesmo um declínio, mas isso já acontece há muitos anos. Nos últimos meses, a Sra. Larkin permaneceu em seu quarto, em silêncio e imóvel.

Doze anos atrás, ela era supervisora no departamento de terapia ocupacional de um grande hospital, vivia em seu próprio apartamento e era noiva de um jovem. Ele rompeu o noivado, e ela passou a ficar cada vez mais desorganizada, perambulando sem rumo na rua, vestindo roupas que não combinavam. Ela foi demitida do seu emprego, e, no fim, a polícia foi chamada para hospitalizá-la. Os policiais invadiram seu apartamento, que estava totalmente bagunçado, cheio de papéis, comida e objetos quebrados. Não há informações disponíveis sobre essa hospitalização (que durou três meses) e da qual recebeu alta, indo para a casa da mãe com uma prescrição de medicamentos que ela jamais seguiu.

Após a alta, sua família esperava que a Sra. Larkin iria se recuperar e recomeçar sua vida normalmente, mas, à medida que os anos passaram, ela se tornou mais retraída e menos funcional. Passava a maior parte do tempo assistindo à TV e cozinhando. Sua culinária consistia em fazer combinações bizarras de ingredientes, como brócolis e mistura para bolos, que ela comia sozinha, porque ninguém mais da família sequer experimentava suas comidas. Ela colecionava receitas e livros de culinária, abarrotando o quarto com várias pilhas deles. Muitas vezes, quando sua mãe entrava no quarto, pegava uma revista rapidamente e fingia lê-la, quando, na verdade, parecia ter estado apenas sentada, e olhando para o nada. Ela parou de tomar banho e escovar seus cabelos ou dentes. Passou a comer cada vez menos, embora negasse ter perdido o apetite. Após alguns anos, havia perdido 9 kg. Ela dormia em horários estranhos. Por fim, tornou-se enurética, molhando sua cama com frequência e enchendo a sala com o odor pungente de urina.

Ao ser admitida no hospital psiquiátrico, ela se sentou com as mãos bem fechadas sobre seu colo e evitou olhar para o médico que a entrevistou. Ela respondeu às perguntas prontamente e não pareceu estar desconfiada ou resguardada, mas seu afeto era superficial. Negou ter humor deprimido, delírios ou alucinações; entretanto, suas respostas se tornaram cada vez mais idiossincráticas e irrelevantes à medida que a entrevista avançou. Em resposta a uma pergunta sobre seus estranhos hábitos culinários, disse que não desejava discutir os eventos ocorridos recentemente na Rússia. Ao discutir o declínio em seu funcionamento, ela disse: “Existe uma espécie de mecanismo de ignição quando se é mais jovem”. Perguntada sobre ideias de referência, disse: “Eu duvido que isto seja verdade, mas, caso se conheça os escritores envolvidos, isso poderia ser um elemento que seria direcionado de uma maneira cômica”. Suas respostas eram intercaladas com o mantra: “Eu estou a salvo. Eu estou a salvo”.

Classificação da SCID-5-CV para o Caso 1: “Padrão de vida baixo”

Módulo A Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 169: A1 = “-”; A2 = “-”

Página 172: A15 = “-”; A16 = “-”

Página 176: A29 = “-”

Página 181: A54 = “-”

Página 188: A78 = “-”

Módulo B Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 190: B1–B2 = “-”

Página 191: B3–B7 = “-”

Página 192: B8–B14 = “-”

Página 193: B15–B19 = “-”

B20 = + (*discurso desorganizado*: “suas respostas se tornaram cada vez mais idiossincráticas e irrelevantes”; “Eu duvido que isto seja verdade, mas, caso se conheça os escritores envolvidos, isso poderia ser um elemento que seria direcionado de uma maneira cômica”).

Página 194: B21 = + (*comportamento grosseiramente desorganizado*: “ela passou a ficar cada vez mais desorganizada, perambulando sem rumo na rua, vestindo roupas que não combinavam”).

B22 = “-”

Página 195: B23 = “+” (*avolia*: “sentada, olhando para o nada”; “parou de tomar banho e escovar seus cabelos ou dentes”).

B24 = “+” (*expressão emocional diminuída*: “seu afeto era superficial”).

Módulo C Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 196: C1 = “SIM” (sintomas psicóticos fora dos episódios de humor).

C2 = “SIM” (discurso desorganizado, comportamento desorganizado e sintomas negativos ocorrendo juntos por pelos menos um mês).

C3 = “SIM” (jamais houve episódio de humor)

Página 197: C4 = “SIM” (sinais contínuos de doença durante anos)

C5 = “SIM” (prejuízo funcional grave)

C6 = “SIM” (não decorrente[s] de uma CMG ou substância/medicamento)

Página 203: C25 = “+” (sintomas presentes em algum ponto do último mês).

Na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, a caixa “Atual” que precede F20.9 Esquizofrenia deve ser marcada.

Diagnóstico da SCID-5-CV: Esquizofrenia

Caso para Exercício 2: “Eu sou Vixnu”

O Sr. Nehru é um homem de 32 anos de idade, solteiro e desempregado que migrou da Índia para os Estados Unidos quando tinha 13 anos. Seu irmão o trouxe para a emergência de um hospital em Atlanta, na Geórgia, após os vizinhos terem reclamado de que ele estava na rua assediando as pessoas com suas crenças religiosas. Ele fica repetindo para o psiquiatra: “Eu sou Vixnu. Eu sou Krishna”.

O Sr. Nehru mora há sete meses com seu irmão e sua cunhada. Durante as últimas quatro semanas, seu comportamento se tornou cada vez mais disruptivo. Ele acorda o irmão a qualquer hora da noite para discutir questões religiosas. Com frequência, parece estar respondendo a vozes que apenas ele ouve. Não toma banho nem troca de roupa.

O Sr. Nehru afirma que, há cerca de seis semanas, ele começou a ouvir “vozes”. Há diversas vozes, as quais fazem comentários sobre seu comportamento e discutem sobre ele na terceira pessoa. Elas têm, em geral, conteúdo benigno (p. ex., “Olhe para ele agora. Está prestes a comer”) ou insultante (p. ex., “Como é tolo: ele não entende nada!”). Ao longo desse período, o Sr. Nehru tem visto pouca TV, porque ouve vozes saindo do aparelho e fica aborrecido com o fato de que os programas fazem referências frequentes a ele.

Nas últimas seis semanas, com insistência cada vez maior, as vozes têm dito ao Sr. Nehru que ele é o novo messias, Jesus, Moisés, Vixnu e Krishna, e deve começar uma nova época religiosa na história da humanidade. Há cerca de quatro semanas, ele começou a vivenciar surtos de energia aumentada, “para que eu possa espalhar meu evangelho”, e necessita de pouquíssimas horas de sono. De acordo com seu irmão, ele ficou mais preocupado com as vozes e mais desorganizado nas atividades diárias.

Ao ser entrevistado, o Sr. Nehru fica eufórico, e seu discurso é rápido e difícil de acompanhar. Ele anda de um lado a outro da enfermaria; quando vê um médico, agarra seu braço, coloca seu rosto a cinco centímetros do rosto do médico e fala com grande rapidez e entusiasmo sobre seus *insights* religiosos. No meio de um discurso sobre sua nova religião, elogia de forma abrupta o médico por ter combinado tão bem a camisa com a gravata. Quando são colocados limites ao seu comportamento, ele grita e se torna agressivo. Além da crença de que é o messias, o Sr. Nehru acha que o hospital faz parte de uma conspiração para acabar com sua mensagem religiosa. Ele fica incomodado pelas vozes que ouve ao longo do dia e, às vezes, se refere a elas como “aquelas malditas vozes”. Ele afirma sentir que seus *insights* religiosos, sua euforia e sua energia foram colocadas dentro dele por Deus.

Classificação da SCID-5-CV para o Caso 2: “Eu sou Vixnu”

Módulo A Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 169: A1 = “-”; A2 = “-”

Página 172: A15 = “-”; A16 = “-”

Página 176: A29–A40 = “+”

Página 181: A54 = “-”

Página 188: A78 = “-”

Módulo B Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 190: B1 = “+” (“os programas de TV fazem referências frequentes a ele”)

Página 190: B2 = “+” (“o hospital faz parte de uma conspiração para acabar com sua mensagem religiosa”)

Página 191: B3 = “+” (“ele é o novo messias”)

B4–B6 = “-”

B7 = “+” (“ele é o novo messias”)

Página 192: B8–B13 = “-”

B14 = “+” (“diversas vozes... comentam sobre seu comportamento e discutem sobre ele na terceira pessoa”; “as vozes têm dito ao Sr. Nehru que ele é o novo messias, Jesus, Moisés, Vixnu e Krishna”; “ele fica incomodado pelas vozes que ouve ao longo do dia”)

Página 193: B15–B20 = “-”

Página 194: B21–B22 = “-”

Página 195: B23–B24 = “-”

Módulo C Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 196: C1 = “SIM” (sintomas psicóticos fora dos episódios de humor)

C2 = “SIM” (delírios e alucinações)

C3 = “NÃO” (HÁ episódios maníacos concomitantes com sintomas da fase ativa da Esquizofrenia e os episódios de humor NÃO estão presentes por apenas uma pequena parte do tempo [i.e., eles estão presentes pela maior parte do tempo])

Página 198: C9 = “SIM” (sintomas maníacos concomitantes com sintoma ativos de Esquizofrenia)

C10 = “SIM” (alucinações auditivas na ausência de sintomas acentuados de humor)

Página 199: C11 = “SIM” (sintomas de episódios de humor pela maior parte do tempo)

C12 = “SIM” (não decorrente[s] de uma CMG ou substância / medicamento)

Página 203: C27 = “+” (sintomas presentes em algum ponto do último mês).

Na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, a caixa “Atual” que precede F25.0 Transtorno Esquizoafetivo, Tipo Bipolar, deve ser marcada.

Diagnóstico da SCID-5-CV: Transtorno Esquizoafetivo, Tipo Bipolar

Caso para Exercício 3: “Marcado para morrer”

O Sr. Polsen, um homem afro-americano de 42 anos, casado, funcionário dos correios e pai de dois filhos, é trazido à emergência por sua esposa porque vem insistindo que “está marcado para morrer”.

De acordo com ele, seus problemas começaram quatro anos atrás, quando seu supervisor o acusou de adulterar uma encomenda. O Sr. Polsen negou que isso fosse verdade e, como seu trabalho estava em jogo, fez uma queixa formal. Em uma audiência, foi absolvido e, de acordo com ele, “Isso deixou meu chefe furioso. Ele sentiu que havia sido humilhado publicamente”.

Cerca de duas semanas mais tarde, o Sr. Polsen percebeu que seus colegas de trabalho estavam evitando a sua companhia. “Quando eu caminhava na direção deles, eles simplesmente se viravam como se não quisessem me ver”. Pouco tempo depois, começou a suspeitar que estavam falando sobre ele no trabalho. Ele nunca conseguiu entender com clareza o que estavam falando, mas foi se convencendo aos poucos de que o estavam evitando porque seu chefe tinha contratado assassinos para matá-lo.

Essa situação permaneceu estável por cerca de dois meses, até o Sr. Polsen começar a notar diversos “carros brancos e grandes”, novos em sua vizinhança, andando para cima e para baixo na rua em que morava. Ele ficou cada vez mais amedrontado e estava convencido de que os “matadores” estavam nesses veículos. Ele se recusava a sair de seu apartamento sem uma escolta. Diversas vezes, quando via os carros brancos, entrava em pânico e voltava correndo para casa. Após o último desses incidentes, sua esposa finalmente insistiu para que ele a acompanhasse até a emergência.

O Sr. Polsen foi descrito por sua esposa e por seu irmão como um homem bem ajustado e extrovertido que gostava de ficar com sua família. Havia servido com distinção no Iraque. Ele não se envolveu em muitos combates naquele país, mas foi retirado de um caminhão em chamas por um companheiro segundos antes de ele explodir.

Ao ser entrevistado, o Sr. Polsen estava visivelmente amedrontado. Além da sua crença de que corria perigo de ser assassinado, seu discurso, seu comportamento e sua conduta não eram, de forma alguma, esquisitos ou estranhos. Seu humor predominante era ansioso. Ele negou ter alucinações e todos os outros sintomas psicóticos, exceto aqueles já registrados. Afirmou não estar deprimido e, embora tenha reconhecido que recentemente andou tendo dificuldade para adormecer, disse que não houve mudanças em seu apetite, impulso sexual, nível de energia ou concentração.

Classificação da SCID-5-CV para o Caso 3: “Marcado para morrer”

Módulo A Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 169:	A1 = “-”; A2 = “-”
Página 172:	A15 = “-”; A16 = “-”
Página 176:	A29 = “-”
Página 181:	A54 = “-”
Página 188:	A78 = “-”

Módulo B Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 190:	B1 = “+” (“matadores” em carros brancos; colegas de trabalho lhe dando as costas) B2 = “+” (o chefe contratou assassinos para matá-lo)
Página 191:	B3–B7 = “-”
Página 192:	B8–B14 = “-”
Página 193:	B15–B20 = “-”
Página 194:	B21–B22 = “-”
Página 195:	B23–B24 = “-”

Módulo C Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 196:	C1 = “SIM” (jamais houve episódio de humor) C2 = “NÃO” (apenas delírios)
Página 199:	C13 = “SIM” (delírios por mais de um mês) C14 = “SIM” (sem história de Esquizofrenia) C15 = “SIM” (o funcionamento não está acentuadamente prejudicado e o comportamento não é claramente bizarro ou esquisito)
Página 200:	C16 = “SIM” (sem episódios de humor) C17 = “SIM” (não decorrente[s] de uma CMG ou substância/medicamento) C18 = “SIM” (não é mais bem explicada por outro transtorno mental)
Página 203:	C28 = “+” (sintomas presentes em algum ponto durante o último mês)

Na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, a caixa “Atual” que precede F22 Transtorno Delirante deve ser marcada.

Diagnóstico da SCID-5-CV: Transtorno Delirante

Caso para Exercício 4: “A socialite”

A Sra. Cabot, uma *socialite* branca de 42 anos de idade e casada, nunca havia tido problemas mentais antes. Uma nova sala de espetáculos está para ser inaugurada com a estreia mundial de um novo balé, e a Sra. Cabot, por causa de sua posição no conselho cultural, assumiu a responsabilidade de coordenar esse evento. Entretanto, por causa de problemas nas obras, incluindo greves, não se sabe ao certo se os detalhes finais ficarão prontos dentro do prazo. O cenógrafo tem se mostrado volúvel, ameaçando abandonar o projeto a não ser que os materiais satisfaçam suas especificações minuciosas. A Sra. Cabot tem precisado acalmar esse homem volúvel, ao mesmo tempo que tenta persuadir grupos rivais a negociar. Ela também sentiu o aumento de suas responsabilidades em casa, já que sua empregada doméstica teve que viajar para visitar um parente doente.

Em meio a essas dificuldades, sua melhor amiga foi decapitada em um trágico acidente automobilístico. A Sra. Cabot é filha única, e essa amiga era muito próxima dela desde o ensino fundamental. As pessoas comentavam com frequência que elas pareciam irmãs.

Logo após o funeral, a Sra. Cabot passou a ficar cada vez mais tensa e irrequieta, dormindo apenas 2 ou 3 horas por noite. Dois dias depois, viu uma mulher dirigindo um carro igual ao de sua amiga. Ela ficou confusa e, após algumas horas, ficou convencida de que sua amiga estava viva e que o acidente havia sido encenado, juntamente com o funeral, como parte de uma conspiração. De alguma forma, a conspiração foi feita para enganá-la, e ela acha que está correndo um grande perigo e que deve resolver o mistério para escapar viva disso. Ela começa a desconfiar de todo mundo, menos de seu marido, e passa a acreditar que o telefone está grampeado e que as salas têm “escutas” instaladas. Implora ao marido para que ajude a salvá-la. Ela começa a escutar um ruído agudo e intermitente que teme ser um feixe de ultrassom dirigido a ela. A Sra. Cabot se encontra em um estado de puro pânico, agarrando o braço do marido apavorada quando ele a traz à emergência na manhã seguinte.

Classificação da SCID-5-CV para o Caso 4: “A socialite”

Módulo A Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 169:	A1 = “-”; A2 = “-”
Página 172:	A15 = “-”; A16 = “-”
Página 176:	A29 = “-”
Página 181:	A54 = “-”
Página 188:	A78 = “-”

Módulo B Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 190:	B1 = “+” (vê uma mulher dirigindo um carro igual ao de sua amiga: está convencida de que isso significa que sua amiga está viva) B2 = “+” (conspiração para enganá-la; o telefone está grampeado; a sala tem escutas instaladas; ela está em perigo)
Página 191:	B3–B7 = “-”
Página 192:	B8–B13 = “-” B14 = “+” (“ultrassom” agudo)
Página 193:	B15–B20 = “-”
Página 194:	B21–B22 = “-”
Página 195:	B23–B24 = “-”

Módulo C Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 196:	C1 = “SIM” (jamais houve episódios de humor) C2 = “NÃO” (delírios e alucinações, mas com duração de menos de um mês)
Página 199:	C13 = “NÃO” (os delírios duraram menos de um mês)
Página 200:	C19 = “SIM” (delírios e alucinações)
Página 201:	C20 = “SIM” (delírios e alucinações que duraram pelo menos um dia, mas menos de um mês) C21 = “SIM” (não é mais bem explicada por outro transtorno mental e não decorrente de uma CMG ou substância/medicamento)
Página 203:	C29 = “+” (delírios e alucinações presentes no último mês)

Na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, a caixa “Atual” que precede F23 Transtorno Psicótico Breve deve ser marcada.

Diagnóstico da SCID-5-CV: Transtorno Psicótico Breve

Caso para Exercício 5: “Sob vigilância”

O Sr. Simpson é um homem branco de 44 anos de idade, solteiro e desempregado que foi trazido à emergência pela polícia por atacar uma idosa no edifício onde reside. Sua queixa principal é: “Aquela vadia desgraçada. Ela e o resto deles mereciam mais do que isso por tudo que me fizeram passar”.

Ele está doente de maneira contínua desde os 22 anos. Durante o primeiro ano da faculdade de Direito, começou a ficar cada vez mais convencido de que seus colegas estavam tirando sarro dele. Notava que eles bufavam e espirravam sempre que entrava na sala de aula. Após uma namorada terminar o relacionamento, ele achou que ela havia sido “substituída” por uma sósia. Ele chamou a polícia e pediu para que o ajudassem a solucionar o “sequestro”. Seu desempenho acadêmico decaiu drasticamente, e o Sr. Simpson foi convidado a se retirar do curso e orientado a buscar tratamento psiquiátrico.

Ele conseguiu um emprego em um banco como consultor de investimentos, no qual permaneceu por sete meses. Entretanto, estava recebendo uma quantidade cada vez maior de “sinais” distrativos de seus colegas de trabalho e acabou ficando mais e mais desconfiado e retraído. Foi essa a primeira vez que ele relatou ouvir vozes. No fim, acabou sendo demitido e logo após foi hospitalizado pela primeira vez, aos 24 anos. Ele não trabalhou mais depois disso.

O Sr. Simpson foi hospitalizado 12 vezes, sendo oito meses a sua estada mais longa. Entretanto, nos últimos cinco anos, foi hospitalizado apenas uma vez, por três semanas. Durante as hospitalizações, recebeu vários fármacos antipsicóticos. Embora tenham sido prescritos medicamentos ambulatoriais, ele costuma parar de tomá-los logo após sair do hospital. Afora dois almoços anuais com seu tio e seus contatos com profissionais da saúde mental, seu isolamento social é total. Ele vive sem a assistência de ninguém e administra suas próprias finanças, incluindo uma herança modesta. Lê o jornal de finanças diariamente. Ele mesmo cozinha sua comida e cuida da faxina.

O Sr. Simpson afirma que seu apartamento é o centro de um grande sistema de comunicações que envolve as principais redes de televisão, seus vizinhos e, aparentemente, centenas de “atores” em seu bairro. Há câmeras secretas em seu apartamento que monitoram cuidadosamente todas as suas atividades. Quando está vendo TV, muitas das suas pequenas ações (p. ex., ir ao banheiro) logo são comentadas de modo direto pelo locutor. Sempre que ele sai de casa, todos os “atores” são avisados para que o mantenham sob vigilância. O Sr. Simpson afirma que todos na rua o observam. Ele diz que seus vizinhos operam duas “máquinas” diferentes. Uma delas gera todas as suas vozes (exceto a voz do “coringa”; ele não tem certeza de quem controla essa voz, que o “visita” apenas ocasionalmente e é muito divertida). Ele ouve as vozes da máquina em vários momentos do dia, e às vezes, pensa que ela é diretamente operada pela vizinha idosa que ele atacou. Quando está examinando seus investimentos, as vozes “assediadoras” dessa máquina ficam dizendo a ele quais ações comprar. A outra máquina ele chama de “a máquina do sonho”, e ela insere sonhos eróticos em sua cabeça, geralmente com “mulheres negras”.

O Sr. Simpson descreve outras experiências incomuns. Por exemplo, ele foi recentemente até uma loja de sapatos a 50 km de sua casa na esperança de comprar sapatos que não estariam “alterados”. Entretanto, logo descobriu que, como todos os outros sapatos que compra, pregos especiais foram colocados na sola para incomodá-lo. Ele ficou impressionado de sua decisão sobre a qual loja de sapatos ir ser conhecida por seus “assediadores” antes que ele mesmo soubesse, de modo que tivessem tempo para arranjar os sapatos alterados feitos especialmente para ele. O Sr.

Simpson reconhece que um grande esforço e “milhões de dólares” estão envolvidos para mantê-lo sob vigilância. Às vezes, pensa que isso tudo faz parte de um grande experimento para descobrir o segredo de sua “inteligência superior”.

Na entrevista, o Sr. Simpson está bem vestido e asseado, e sua fala é coerente e direcionada para objetivos. Seu afeto é, na melhor das hipóteses, apenas ligeiramente embotado. No início, ele estava muito irritado por ter sido trazido pela polícia. Após um tratamento de diversas semanas com um fármaco antipsicótico ter falhado em controlar seus sintomas psicóticos, ele foi transferido para um estabelecimento de permanência prolongada com o plano de providenciar uma situação de vida estruturada para ele.

Classificação da SCID-5-CV para o Caso 5: “Sob vigilância”

Módulo A Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 169: A1 = “-”; A2 = “-”

Página 172: A15 = “-”; A16 = “-”

Página 176: A29 = “-”

Página 181: A54 = “-”

Página 188: A78 = “-”

Módulo B Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 190: B1 = “+” (a TV comenta sobre seu comportamento; todos na rua o observam; os sapatos são “alterados” para incomodá-lo)

B2 = “+” (vozes geradas por máquinas o assediam)

Página 191: B3 = “+” (“milhões de dólares” estão sendo gastos, talvez como parte de um grande experimento para descobrir o segredo de sua “inteligência superior”)

B4–B7 = “-”

Página 192: B8 = “-”

B9 = “+” (máquina que insere sonhos eróticos com “mulheres negras” em sua cabeça)

B10–B13 = “-”

B14 = “+” (vozes assediadoras geradas por máquina todos os dias)

Página 193: B15–B20 = “-”

Página 194: B21–B22 = “-”

Página 195: B23–B24 = “-”

Módulo C Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 196: C1 = “SIM” (sintomas psicóticos fora dos episódios de humor).

C2 = “SIM” (delírios e alucinações ocorrendo juntos por pelo menos um mês)

C3 = “SIM” (jamais houve episódios de humor)

Página 197: C4 = “SIM” (sinais contínuos de doença durante anos)

C5 = “SIM” (prejuízo funcional acentuado)

C6 = “SIM” (não decorrente[s] de uma CMG ou substância/medicamento)

Página 203: C25 = “+” (sintomas presentes em algum ponto do último mês).

Na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, a caixa “Atual” que precede F20.9 Esquizofrenia deve ser marcada.

Diagnóstico da SCID-5-CV: Esquizofrenia
--

Caso para Exercício 6: “Empresário agitado”

O Sr. Murray, um agitado empresário de 42 anos, branco e casado, foi admitido no serviço psiquiátrico após um período de dois meses e meio durante o qual passou a ficar cada vez mais desconfiado das outras pessoas, alimentando suspeitas em relação a seus sócios. Ele compreendia as declarações deles fora do contexto original e “distorcia” as suas palavras, fazendo comentários inadequadamente hostis e acusatórios. De fato, ele acabou perdendo vários negócios que estavam “praticamente fechados”. Por fim, o paciente disparou uma espingarda no seu quintal durante a madrugada quando ouviu ruídos que o convenceram de que invasores estavam prestes a entrar em sua casa e matá-lo.

Um ano e meio antes disso, o Sr. Murray havia sido diagnosticado com narcolepsia por causa de ataques de sono irresistíveis, os quais aconteciam diariamente, e episódios de perda súbita do tônus muscular quando ficava emocionalmente agitado. Ele passou a tomar metilfenidato, um estimulante semelhante à anfetamina. O Sr. Murray ficou assintomático e conseguiu trabalhar de modo bastante eficiente como gerente de vendas de uma pequena empresa de máquinas de escritório, bem como ter uma vida social ativa com sua família e um pequeno círculo de amigos.

Nos quatro meses anteriores à admissão, ele estava usando doses cada vez maiores de metilfenidato para manter seu estado de alerta até tarde da noite, por conta de uma quantidade crescente de trabalho que não podia ser processada durante o dia. Relatou que, durante essa época, podia sentir seu coração palpitar frequentemente e tinha dificuldade para permanecer sentado.

Classificação da SCID-5-CV para o Caso 6: “Empresário agitado”

Módulo A Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 169: A1 = “-”; A2 = “-”

Página 172: A15 = “-”; A16 = “-”

Página 176: A29 = “-”

Página 181: A54 = “-”

Página 188: A78 = “-”

Módulo B Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 190: B1 = “+” (ele ouviu ruídos que o convenceram de que invasores estavam prestes a entrar em sua casa e matá-lo)

B2 = “+” (suspeita dos sócios, mas não está claro se ele tem uma convicção delirante sobre qualquer problema particular; lembre-se de dar ao paciente o benefício da dúvida quando não há a presença clara de um sintoma psicótico)

Página 191: B3–B7 = “-”

Página 192: B8–B13 = “-”

B14 = “-” (é mais provável que os ruídos que ele ouviu do lado de fora de sua casa tenham sido mal interpretados, ou seja, não eram de alucinações verdadeiras)

Página 193: B15–B20 = “-”

Página 194: B21–B22 = “-”

Página 195: B23–B24 = “-”

Módulo C Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 196: C1 = “SIM” (sintomas psicóticos fora dos episódios de humor)

C2 = “NÃO” (apenas delírio de referência)

Página 199: C13 = “SIM” (delírios por dois meses)

C14 = “SIM” (não satisfaz o Critério A para Esquizofrenia)

C15 = “SIM” (o comportamento não está acentuadamente prejudicado ou bizarro)

Página 200: C16 = “SIM” (nenhum Episódio Depressivo Maior ou Maníaco)

C17 = “NÃO” (devido a uma substância/medicamento)

Na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, a caixa “Ao longo da vida” para Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento deve ser marcada. A substância específica Ritalina/Concerta (metilfenidato) e o código diagnóstico da CID-10-MC, F15.959, também devem ser registrados.

Diagnóstico da SCID-5-CV: Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento

Caso para Exercício 7: “Vozes más”

A Sra. Galvez é uma mulher atraente de 25 anos de idade, dominicana e mãe de dois filhos. Ruiva com uma conduta petulante e sedutora, ela foi encaminhada para a emergência psiquiátrica pelo psiquiatra responsável por seu tratamento em uma clínica para transtornos de ansiedade. Depois de contar ao seu médico que ouvia vozes que diziam para ela se matar e de assegurar-lhe de que não iria obedecê-las, a Sra. Galvez faltou à consulta seguinte. Seu médico a chamou para dizer que, se ela não viesse voluntariamente até a emergência para uma avaliação, ele mandaria a polícia buscá-la.

Entrevistada na emergência por um psiquiatra experiente, junto com um grupo de residentes em psiquiatria, a Sra. Galvez às vezes ficava aborrecida e insistia em dizer que não gostava de falar sobre seus problemas e que os psiquiatras não acreditariam nela nem a ajudariam. Essa atitude alternava com um comportamento de flerte e sedução.

A Sra. Galvez fez sua primeira consulta com um psiquiatra sete anos antes, após o nascimento do seu primeiro filho. Nesse momento, começou a ouvir uma voz dizendo que ela era uma má pessoa e que deveria se matar. Ela não falou o que a voz lhe disse para fazer, mas supostamente bebeu removedor de esmalte de unha durante uma tentativa de suicídio. Então, permaneceu na emergência por dois dias e recebeu um medicamento desconhecido que, supostamente, ajudou a silenciar as vozes. Ela não retornou para uma consulta ambulatorial após a alta e continuou a ter períodos intermitentes de alucinações auditivas em vários momentos ao longo dos sete anos seguintes, com alguns períodos chegando a durar meses. Por exemplo: muitas vezes, quando estava próxima de uma janela, uma voz lhe dizia para pular; e quando caminhava perto do tráfego, a voz lhe dizia para se jogar na frente de um carro.

Ela relata que continuou a funcionar bem após esse primeiro episódio, concluindo o ensino médio e criando seus filhos. Ela se divorciou há um ano, mas se recusou a discutir seus problemas conjugais. Cerca de dois meses atrás, começou a ter problemas para dormir e a se sentir “nervosa”. Foi nesse momento que respondeu a um anúncio da clínica de transtornos de ansiedade. Ela foi avaliada e recebeu risperidona, um antipsicótico. Afirmou que não houve mudança nas vozes naquele momento, e os únicos aspectos novos foram a insônia e a ansiedade. Negou ter, de forma específica, humor deprimido ou anedonia ou qualquer mudança em seu apetite, mas disse que andava mais chorosa e solitária e que, às vezes, ruminava sobre “coisas ruins”, como quando seu pai tentou estuprá-la aos 14 anos de idade. Apesar desses sintomas, ela continuou trabalhando mais horas do que o tempo integral, como vendedora em uma loja de departamento. A Sra. Galvez disse que não compareceu à consulta de acompanhamento na clínica para transtornos de ansiedade porque a risperidona a estava fazendo se sentir enrijecida e nauseada, e não estava ajudando com os seus sintomas. Ela negou ter desejo de se matar e citou o fato de trabalhar muito para criar seus filhos como evidência de que não “os deixaria dessa maneira”. Ela não entendia por que seu comportamento alarmou seu psiquiatra.

A Sra. Galvez negou fazer uso de álcool ou drogas, e um exame toxicológico para diversas drogas resultou negativo. O exame físico e os testes laboratoriais de rotina também resultaram normais. Ela havia interrompido o uso de risperidona por conta própria dois dias antes da entrevista.

Após a entrevista, houve discordância entre a equipe sobre deixar ou não a paciente ir embora. Por fim, decidiu-se que ela deveria passar a noite no local, até que sua mãe pudesse ser entrevistada no dia seguinte. Quando lhe foi dito que iria permanecer na emergência, a Sra. Galvez respondeu com raiva, embora de forma um tanto

tímida: “Vão em frente. Vão ter que me deixar sair mais cedo ou mais tarde, mas eu não preciso falar com vocês se não quiser”. Durante a noite, a equipe de enfermeiros notou que ela estava chorosa, mas a paciente disse não saber por que estava chorando.

Quando sua mãe foi entrevistada na manhã seguinte, disse não ter visto uma mudança recente em sua filha. Ela não achava que a filha iria ferir-se, mas concordou em fazer-lhe companhia por alguns dias e garantir que fosse às consultas de acompanhamento. Na reunião de família, a Sra. Galvez reclamou que sua mãe era indiferente e não a ajudava o bastante. Contudo, negou novamente ter depressão e disse que gostava de seu trabalho e de seus filhos. Quanto às vozes, disse que, com o tempo, havia aprendido a ignorá-las e que elas não a incomodavam tanto quanto no início. Ela concordou em fazer tratamento ambulatorial, contanto que a terapeuta fosse mulher.

Classificação da SCID-5-CV para o Caso 7: “Vozes más”

Módulo A Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 169:	A1 = “-”; A2 = “-”
Página 172:	A15 = “-”; A16 = “-”
Página 176:	A29 = “-”
Página 181:	A54 = “-”
Página 188:	A78 = “-”

Módulo B Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 190:	B1–B2 = “-”
Página 191:	B3–B7 = “-”
Página 192:	B8–B13 = “-”
	B14 = “+” (vozes dizendo que ela é uma pessoa má e que deve se matar)
Página 193:	B15–B20 = “-”
Página 194:	B21–B22 = “-”
Página 195:	B23–B24 = “-”

Módulo C Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 196:	C1 = “SIM” (sem episódios de humor documentados)
	C2 = “NÃO” (somente alucinações)
Página 199:	C13 = “NÃO” (jamais houve delírios)
Página 200:	C19 = “SIM” (alucinações)
Página 201:	C20 = “NÃO” (as alucinações duraram mais de um mês)
	C22 = “SIM” (não satisfaz os critérios para outros transtornos psicóticos)
	C23 = “SIM” (causa prejuízo)
Página 202:	C24 = “SIM” (não decorrente[s] de uma CMG ou substância/medicamento)
Página 203:	C30 = “+” (sintomas presentes em algum ponto durante o último mês)

Na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, a caixa “Atual” que precede F28 Outro Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Especificado deve ser marcada e a descrição da apresentação (“alucinações auditivas persistentes”) deve ser registrada.

Diagnóstico da SCID-5-CV: Outro Transtorno Psicótico Especificado

Caso para Exercício 8: “Início tardio”

A Sra. Fielding é uma mulher afro-americana de 35 anos de idade, desempregada e com educação superior, que foi levada até a emergência pela equipe de atendimento móvel. A equipe foi contatada pela irmã da Sra. Fielding depois de ela não ter conseguido persuadir a paciente a visitar um psiquiatra. A irmã ficou preocupada com o padrão de trabalho cada vez mais errático da Sra. Fielding e, mais recentemente, com seu comportamento bizarro desde a morte de seu pai, há dois anos. O único contato com tratamento psiquiátrico que a paciente teve anteriormente foi uma psicoterapia breve na faculdade.

A Sra. Fielding não trabalha desde que foi demitida de seu emprego há três meses. De acordo com seu namorado e um amigo (ambos moram com ela), a paciente ficou intensamente preocupada com os vizinhos do andar de cima. Há poucos dias, ela bateu na porta deles com um ferro de passar sem razão aparente. Ela contou à equipe de atendimento móvel que estava sendo assediada pela família do andar de cima, cujos membros estavam “acessando” seus pensamentos e os repetiam para ela logo em seguida. A equipe de atendimento móvel a levou até a emergência para a avaliação de “irradiação de pensamento”. Embora tenha negado ter problemas com seu pensamento, ela admitiu que estava se sentindo “estressada” desde que perdera o emprego e que mais psicoterapia poderia lhe fazer bem.

Após lerem o relatório de admissão que descrevia esses sintomas bizarros, os psiquiatras da emergência ficaram surpresos ao encontrar uma mulher serena, relaxada e atraente, muito bem vestida e parecendo estar perfeitamente normal. Ela os cumprimentou com um sorriso cortês e um tanto superficial. Ela interagiu com os médicos de forma respeitosa, mas algo indiferente. Quando lhe perguntaram por que estava ali, encolheu os ombros timidamente e respondeu: “Estava esperando que vocês me dissessem o motivo!”.

A Sra. Fielding havia trabalhado como secretária e atribuía sua demissão à recessão econômica. Ela disse que se sentia “estressada” por estar desempregada. Negou ter tido qualquer perturbação do humor recente e respondeu “NÃO” às perguntas sobre sintomas psicóticos, pontuando cada indagação com uma risada polida, mas incrédula. Já pensando que talvez a avaliação da equipe de atendimento móvel fosse de outra paciente, o entrevistador perguntou, quase se desculpando, se a Sra. Fielding já havia considerado a possibilidade de as pessoas conseguirem ler sua mente. Ela respondeu: “Ah, sim, isso acontece o tempo todo”, e descreveu como, em certa ocasião, estava na cozinha planejando o jantar em silêncio e escutou, momentos depois, vozes vindas da rua que recitavam todo o menu. Ela estava convencida da veracidade dessa experiência, que comprovou ao olhar pela janela e observar as pessoas repetindo seus pensamentos em voz alta.

A Sra. Fielding não estava tão angustiada pelo fato de as pessoas “acessarem” seus pensamentos quanto por sua incapacidade de exercer controle sobre o processo. Acreditava que a maioria das pessoas desenvolvia poderes telepáticos na infância, enquanto ela acabou tendo um “início tardio” e só recentemente passara a ter consciência das suas capacidades, o que a deixou bastante impactada. Ela era incomodada, sobretudo, pelos vizinhos do andar de cima, que não apenas repetiam seus pensamentos, como também a bombardeavam com comentários críticos e depreciativos, como “Você não presta” e “Você precisa ir embora”. Eles começaram a perturbá-la de forma implacável, a qualquer hora do dia e da noite.

Ela estava convencida de que a única solução era essa família se mudar. Quando lhe foi perguntado se havia considerado outras possibilidades, admitiu com relutância que havia falado com seu namorado sobre contratar um matador para “ameaçar”

ou, se fosse necessário, “eliminar” o casal. A Sra. Fielding tinha esperanças de que seria possível poupar os dois filhos do casal, pois acreditava que as crianças não estavam envolvidas nessa invasão de suas “fronteiras mentais”. Essa preocupação com as crianças era o único *insight* que ela demonstrava ter em relação à gravidade de seus sintomas. Ela concordou, contudo, em se internar voluntariamente no hospital.

Classificação da SCID-5-CV para o Caso 8: “Início tardio”

Módulo A Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 169: A1 = “-”; A2 = “-”

Página 172: A15 = “-”; A16 = “-”

Página 176: A29 = “-”

Página 181: A54 = “-”

Página 188: A78 = “-”

Módulo B Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 190: B1 = “+” (observou pessoas na rua falando seus pensamentos em voz alta)

B2 = “+” (os vizinhos a estão “assediando”)

Página 191: B3 = “-” (seus “poderes telepáticos” não têm conteúdo grandioso)

B4–B7 = “-”

Página 192: B8–B12 = “-”

B13 = “+” (as pessoas podem ler sua mente)

B14 = “+” (ouviu vozes vindas da rua que recitavam todo o menu; sofre um bombardeio das vozes dos vizinhos do andar de cima, cujos comentários são críticos e depreciativos, como “Você não presta” e “Você precisa ir embora”)

Página 193: B15–B20 = “-”

Página 194: B21–B22 = “-”

Página 195: B23–B24 = “-”

Módulo C Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 196: C1 = “SIM” (sem episódios de humor)

C2 = “SIM” (delírios e alucinações ocorrendo juntas por pelo menos um mês)

C3 = “SIM” (jamais houve episódio de humor)

Página 197: C4 = “NÃO” (sintomas psicóticos por apenas três meses)

Página 198: C7 = “SIM” (os sintomas duram pelo menos um mês, mas menos do que seis meses)

C8 = “SIM” (não decorrente[s] de uma CMG ou substância/medicamento)

Página 203: C26 = “+” (sintomas presentes em algum ponto durante o último mês)

Na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, a caixa “Atual” que precede F20.81 Transtorno Esquizofreniforme deve ser marcada.

Diagnóstico da SCID-5-CV: Transtorno Esquizofreniforme

Caso para Exercício 9: “Mensagens de radar”

A Sra. Davis, uma revisora de 24 anos de idade, solteira e branca, que se mudou recentemente do Colorado para Nova York, vai consultar um psiquiatra para que este a ajude a continuar seu tratamento com um estabilizador do humor: lítio. Ela descreve como era, três anos atrás: uma estudante universitária bem-sucedida em seu último ano, com excelente aproveitamento acadêmico e um grande círculo de amigos de ambos os sexos. Em meio a um período rotineiro durante o primeiro semestre (outubro de 2011), ela começou a se sentir deprimida; acabou tendo perda de apetite, com uma perda de peso de aproximadamente 4,5 kg; tinha problemas para adormecer e acordava cedo demais; sentia-se muito fatigada e sem valor, além de ter grande dificuldade para se concentrar em suas tarefas escolares.

Depois de cerca de dois meses com esses problemas, eles aparentemente desapareceram, e ela começou a sentir que tinha cada vez mais energia, precisando de apenas 2 ou 3 horas de sono por dia, e que seus pensamentos estavam “acelerados”. Começou a ver significados simbólicos nas coisas, especialmente de cunho sexual, e passou a suspeitar que comentários inocentes em programas de televisão estavam se referindo a ela. Durante o mês seguinte, foi ficando cada vez mais eufórica, irritável e exageradamente loquaz. Ela começou a acreditar que havia um buraco em sua cabeça por meio do qual mensagens de radar lhe estavam sendo enviadas. Essas mensagens podiam controlar seus pensamentos ou produzir emoções de raiva, tristeza ou semelhantes, que estavam fora do seu controle. Ela também acreditava que seus pensamentos podiam ser lidos pelas pessoas à sua volta e que pensamentos estranhos de outras pessoas estavam se infiltrando em sua cabeça por meio do radar. Relatou que ouvia vozes, as quais às vezes falavam dela na terceira pessoa e, em outros momentos, pediam que realizasse vários atos, em particular de caráter sexual.

Os amigos, preocupados com seu comportamento incomum, levaram-na para a emergência, onde foi avaliada e admitida em uma unidade psiquiátrica. Após um dia de observação, a paciente começou a tomar um antipsicótico, olanzapina, bem como carbonato de lítio. Ao longo de aproximadamente três semanas, experimentou uma redução bastante rápida em todos os sintomas que a tinham trazido ao hospital. A olanzapina foi gradualmente reduzida e, então, descontinuada. Depois disso, ela passou a tomar apenas carbonato de lítio. Ao receber alta, após seis semanas de hospitalização, não apresentava mais nenhum dos sintomas informados na sua admissão. Entretanto, percebeu que estava experimentando uma hipersonia leve, dormindo cerca de 10 horas por noite; perda de apetite; e sensação de estar “mais lenta”, a qual era pior pela manhã. Ela recebeu alta e foi morar com alguns amigos.

Cerca de oito meses após essa alta, a Sra. Davis teve seu tratamento com carbonato de lítio descontinuado pelo psiquiatra da clínica de saúde mental da universidade. Ela continuou se saindo bastante bem nos meses seguintes, porém logo começou a experimentar um reaparecimento gradual de sintomas semelhantes àqueles que provocaram sua primeira hospitalização. Os sintomas pioraram e, após cerca de duas semanas dessa piora, ela foi readmitida no hospital (segunda internação) com sintomas quase idênticos aos que tinha quando foi admitida pela primeira vez.

Após poucos dias dessa segunda internação, a Sra. Davis respondeu à olanzapina e ao lítio; e, mais uma vez, a olanzapina foi gradualmente descontinuada, ficando apenas com o lítio. Como aconteceu na primeira hospitalização, que ocorreu há pouco mais de um ano, na ocasião dessa segunda alta ela apresentou novamente um pouco de hipersonia, perda de apetite e sensação de estar “mais lenta”. No último ano, dando continuidade ao tratamento com lítio, ela se viu livre de sintomas e

com um funcionamento bastante bom, conseguiu um emprego no mercado editorial e, mais recentemente, mudou-se para Nova York, a fim de progredir na carreira.

O pai da Sra. Davis, quando estava na faixa dos 40 anos, passou por um episódio grave de depressão, caracterizado por hipersonia, anorexia, retardo psicomotor profundo e ideação suicida. Sua avó paterna cometeu suicídio durante o que também pareceu ser um episódio depressivo.

Classificação da SCID-5-CV para o Caso 9: “Mensagens de radar”

Módulo A Rótulo de Item, Classificação e Notas

Página 169:	A1 = “-”; A2 = “-”
Página 172:	A15 = “+” (3 anos atrás, começou a se sentir deprimida) A16 = “-”
Página 173:	A17 = “+” (perda de apetite; perda de peso de 4,5 kg) A18 = “+” (problemas para adormecer; acordando muito cedo) A19 = “-” A20 = “+” (fadiga intensa) A21 = “+” (sentimentos de desvalia) A22 = “+” (dificuldade para se concentrar)
Página 174:	A23 = “+” (ideação suicida) A24 = “SIM” (Critério A satisfeito para Episódio Depressivo Maior Anterior) A25 = “+” (cl clinicamente significativo)
Página 175:	A26 = “SIM” (não decorrente[s] de uma CMG ou substância/medicamento) A27 = “10/2011” (data do início) A28 = “01” (número de episódios)
Página 176:	A29 = “-” (atualmente, sem humor eufórico ou irritável)
Página 181:	A54 = “+” (3 anos atrás, tornou-se cada vez mais eufórica e irritável)
Página 182:	A55 = “+” (hospitalizado) A56 = “-” A57 = “+” (precisava de apenas 2 ou 3 horas de sono por dia) A58 = “+” (exageradamente loquaz) A59 = “+” (começou a sentir que seus pensamentos estavam “acelerados”) A60 = “-”
Página 183:	A61 = “-” A62 = “-” A63 = “SIM” (três sintomas codificados com “+”)
Página 184:	A64 = “+” (hospitalizada) A65 = “+” (não decorrente[s] de uma CMG ou substância/medicamento)

Módulo B Rótulo de Item, Classificação e Notas

- Página 190: B1 = “+” (comentários inocentes em programas de televisão estavam se referindo a ela)
 B2 = “-” (as mensagens de radar não têm objetivos claramente malévolos)
- Página 191: B3 = “-”
 B4 = “+” (“buraco em sua cabeça”)
 B5–B7 = “-”
- Página 192: B8 = “-”
 B9 = “+” (pensamentos estranhos de outras pessoas estavam se infiltrando)
 B10 = “+” (pensamentos estranhos de outras pessoas estavam se infiltrando)
 B11–B12 = “-”
 B13 = “+” (acreditava que seus pensamentos podiam ser lidos pelas pessoas à sua volta)
 B14 = “+” (ouvia vozes)
- Página 193: B15–B20 = “-”
- Página 194: B21–B22 = “-”
- Página 195: B23–B24 = “-”

Módulo C Rótulo de Item, Classificação e Notas

- Página 196: C1 = “NÃO” (sintomas psicóticos somente durante episódios maníacos)

Módulo D Rótulo de Item, Classificação e Notas

- Página 204: D2 = “SIM” (Episódios Maníacos)
 D3 = “SIM” (não explicado pelo Transtorno Psicótico), “1” (Episódio Maníaco mais recente)
- Página 208: D17 = “-” (sem sintomas nos últimos dois meses)

Na Ficha de Pontuação do Sumário Diagnóstico, a caixa “História anterior” que precede F31.74 Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Atual ou Mais Recente Maníaco, Em remissão completa, deve ser marcada.

Diagnóstico da SCID-5-CV: Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Maníaco Mais Recente, Em remissão completa

SCID-5-CV

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA OS TRANSTORNOS DO DSM-5®

VERSÃO CLÍNICA

Paciente: _____

Data da

Entrevista:

dia

mês

ano

Clínico: _____

FICHA DE PONTUAÇÃO DO SUMÁRIO DIAGNÓSTICO DA SCID-5-CV

Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos

História		
Atual	anterior	Transtorno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia (p.203/C25) F20.9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Esquizofreniforme (p.203/C26) F20.81
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Esquizoafetivo (p.203/C27) F25.0 Tipo Bipolar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F25.1 Tipo Depressivo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Delirante (p.203/C28) F22
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Psicótico Breve (p.203/C29) F23
Ao longo da vida		
	<input type="checkbox"/>	Transtorno Psicótico Devido a Outra Condição Médica (p.197/C6, p.198/C8, p.199/C12, p.200/C17, p.201/C21, p.202/C24) F06.2 Com Delírios
	<input type="checkbox"/>	F06.0 Com Alucinações
	<input type="checkbox"/>	Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento (p.197/C6, p.198/C8, p.199/C12, p.200/C17, p.201/C21, p.202/C24) F___. ¹ Indicar substância específica e código diagnóstico: _____
Atual	anterior	História Outro Transtorno do Espectro da Esquizofrenia Especificado/Não Especificado e Outro Transtorno Psicótico (p.203/C30)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F28 Outro Especificado: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F29 Não Especificado

Transtorno Bipolar e Transtornos Relacionados

História		
Atual	anterior	Transtorno
Transtorno Bipolar Tipo I		
<input type="checkbox"/>		Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Maníaco Atual ou Mais Recente (p.208/D17) F31.11 Episódio Maníaco Atual, Leve
<input type="checkbox"/>		F31.12 Episódio Maníaco Atual, Moderado
<input type="checkbox"/>		F31.13 Episódio Maníaco Atual, Grave
<input type="checkbox"/>		F31.2 Episódio Maníaco Atual, Com Características Psicóticas
	<input type="checkbox"/>	F31.73 Episódio Maníaco Mais Recente, Em Remissão Parcial
	<input type="checkbox"/>	F31.74 Episódio Maníaco Mais Recente, Em Remissão Completa
Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Depressivo Atual ou Mais Recente (p.208/D18)		
<input type="checkbox"/>		F31.31 Episódio Depressivo Atual, Leve
<input type="checkbox"/>		F31.32 Episódio Depressivo Atual, Moderado
<input type="checkbox"/>		F31.4 Episódio Depressivo Atual, Grave
<input type="checkbox"/>		F31.5 Episódio Depressivo Atual, Com Características Psicóticas
	<input type="checkbox"/>	F31.75 Episódio Depressivo Mais Recente, Em Remissão Parcial
	<input type="checkbox"/>	F31.76 Episódio Depressivo Mais Recente, Em Remissão Completa
Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Hipomaníaco Atual ou Mais Recente (p.209/D19)		
<input type="checkbox"/>		F31.0 Episódio Hipomaníaco Atual
	<input type="checkbox"/>	F31.71 Episódio Hipomaníaco Mais Recente, Em Remissão Parcial
	<input type="checkbox"/>	F31.72 Episódio Hipomaníaco Mais Recente, Em Remissão Completa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno Bipolar Tipo I, Episódio Não Especificado Atual ou Mais Recente (p.209/D20) F31.9

¹ Ver página 165 para códigos diagnósticos para Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento.

Atual	História anterior	Transtorno
		Transtorno Bipolar Tipo II
		Transtorno Bipolar Tipo II, Episódio Hipomaniaco Atual ou Mais Recente (p.209/D21)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F31.81 Episódio Hipomaniaco Atual
	<input type="checkbox"/>	F31.81 Episódio Hipomaniaco Mais Recente, Em Remissão Parcial
	<input type="checkbox"/>	F31.81 Episódio Hipomaniaco Mais Recente, Em Remissão Completa
		Transtorno Bipolar Tipo II, Episódio Depressivo Atual ou Mais Recente (p.210/D22)
<input type="checkbox"/>		F31.81 Episódio Depressivo Atual, Leve
<input type="checkbox"/>		F31.81 Episódio Depressivo Atual, Moderado
<input type="checkbox"/>		F31.81 Episódio Depressivo Atual, Grave
<input type="checkbox"/>		F31.81 Episódio Depressivo Atual, Com Características Psicóticas
	<input type="checkbox"/>	F31.81 Episódio Depressivo Mais Recente, Em Remissão Parcial
	<input type="checkbox"/>	F31.81 Episódio Depressivo Mais Recente, Em Remissão Completa
	Ao longo da vida	
		Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica (p.178/A40, p.181/A53, p.184/A65, p.187/A77, p.206/D10)
	<input type="checkbox"/>	F06.33 Com Características Maníacas
	<input type="checkbox"/>	F06.33 Com Episódio Tipo Maníaco ou Hipomaniaco
	<input type="checkbox"/>	F06.34 Com Características Mistas
		Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento (p.178/A40, p.181/A53, p.184/A65, p.187/A77, p.206/D10)
	<input type="checkbox"/>	F___. ² Indicar substância específica e código diagnóstico: _____
	História anterior	Outro Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Especificado/Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Não Especificado (p.210/D23)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F31.89 ³ Outro Especificado: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F31.9 Não Especificado
Transtornos depressivos		
	História anterior	
Atual		Transtorno
		Transtorno Depressivo Maior, Episódio Único (p.211/D24)
<input type="checkbox"/>		F32.0 Leve (atual)
<input type="checkbox"/>		F32.1 Moderado (atual)
<input type="checkbox"/>		F32.2 Grave (atual)
<input type="checkbox"/>		F32.3 Com Características Psicóticas (atual)
	<input type="checkbox"/>	F32.4 Em Remissão Parcial
	<input type="checkbox"/>	F32.5 Em Remissão Completa
		Transtorno Depressivo Maior, Episódio Recorrente (p.211/D24)
<input type="checkbox"/>		F33.0 Leve (atual)
<input type="checkbox"/>		F33.1 Moderado (atual)
<input type="checkbox"/>		F33.2 Grave (atual)
<input type="checkbox"/>		F33.3 Com Características Psicóticas (atual)
	<input type="checkbox"/>	F33.41 Em Remissão Parcial
	<input type="checkbox"/>	F33.42 Em Remissão Completa
		Transtorno Depressivo Persistente (nos últimos 2 anos) (p.189/A90)
<input type="checkbox"/>		F34.1
	Ao longo da vida	
		Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica (p.171/A12, p.175/A26, p.207/D16)
	<input type="checkbox"/>	F06.34 Com Características Mistas
	<input type="checkbox"/>	F06.31 Com Características Depressivas
	<input type="checkbox"/>	F06.32 Com Episódio do Tipo Depressivo Maior
		Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento (p.171/A12, p.175/A26, p.207/D16)
	<input type="checkbox"/>	F___. ⁴ Indicar substância específica e código diagnóstico: _____

² Ver página 165 para códigos diagnósticos para Transtorno Bipolar Induzido por Substância/Medicamento.

³ O código diagnóstico é F34.0, em vez de F31.89, se a apresentação satisfizer os critérios para Transtorno Ciclotímico.

⁴ Ver página 165 para códigos diagnósticos para Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento.

Atual	História anterior	Outro Transtorno Depressivo Especificado/Transtorno Depressivo Não Especificado (p.211/D25)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F32.8 Outro Especificado: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F32.9 Não Especificado

Transtornos por Uso de Substâncias (nos últimos 12 meses)**Últimos 12****meses Transtorno**

- ☐ Transtorno por Uso de Álcool (p.214/E13)
- ☐ F10.10 Leve
- ☐ F10.20 Moderado
- ☐ F10.20 Grave
- ☐ Transtorno por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (p.220/E36) Substância específica: _____
- ☐ F13.10 Leve
- ☐ F13.20 Moderado
- ☐ F13.20 Grave
- ☐ Transtorno por Uso de *Cannabis* (p.220/E36) Substância específica: _____
- ☐ F12.10 Leve
- ☐ F12.20 Moderado
- ☐ F12.20 Grave
- ☐ Transtornos por Uso de Estimulantes
- ☐ Transtorno por Uso de Substância Tipo Anfetamina (p.220/E36) Substância específica: _____
- ☐ F15.10 Leve
- ☐ F15.20 Moderado
- ☐ F15.20 Grave
- ☐ Transtorno por Uso de Cocaína (p.220/E36)
- ☐ F14.10 Leve
- ☐ F14.20 Moderado
- ☐ F14.20 Grave
- ☐ Transtorno por Uso de Outro Estimulante ou Estimulante Não Especificado (p.220/E36) Substância específica: _____
- ☐ F15.10 Leve
- ☐ F15.20 Moderado
- ☐ F15.20 Grave
- ☐ Transtorno por Uso de Opioides (p.220/E36) Substância específica: _____
- ☐ F11.10 Leve
- ☐ F11.20 Moderado
- ☐ F11.20 Grave
- ☐ Transtorno por Uso de Fenciclidina e Substâncias Relacionadas (p.220/E36) Substância específica: _____
- ☐ F16.10 Leve
- ☐ F16.20 Moderado
- ☐ F16.20 Grave
- ☐ Transtorno por Uso de Outros Alucinógenos (p.220/E36) Substância específica: _____
- ☐ F16.10 Leve
- ☐ F16.20 Moderado
- ☐ F16.20 Grave
- ☐ Transtorno por Uso de Inalantes (p.220/E36) Substância específica: _____
- ☐ F18.10 Leve
- ☐ F18.20 Moderado
- ☐ F18.20 Grave
- ☐ Transtorno por Uso de Outra Substância (ou Substância Desconhecida) (p.220/E36) Substância específica: _____
- ☐ F19.10 Leve
- ☐ F19.20 Moderado
- ☐ F19.20 Grave

Outros transtornos

Atual	História anterior	Transtorno
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Pânico (p.225/ F22) F41.0
<input type="checkbox"/>		Agorafobia (nos últimos seis meses) (p.227/ F31) F40.00
<input type="checkbox"/>		Transtorno de Ansiedade Social (nos últimos seis meses) (p.229/ F41) F40.10
<input type="checkbox"/>		Transtorno de Ansiedade Generalizada (nos últimos seis meses) (p.231/ F54) F41.1
<input type="checkbox"/>		Transtorno Obsessivo-compulsivo (último mês) (p.234/ G8) F42
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Estresse Pós-traumático (p.244/ G41) F43.10
<input type="checkbox"/>		Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (nos últimos seis meses) (p.249/ H26) F90.2 Apresentação Combinada
<input type="checkbox"/>		F90.0 Apresentação Predominantemente Desatenta
<input type="checkbox"/>		F90.1 Apresentação Predominantemente Hiperativa/Impulsiva
<input type="checkbox"/>		Transtornos de Adaptação (nos últimos seis meses) (p.254/ J5) F43.21 Com Humor Deprimido
<input type="checkbox"/>		F43.22 Com Ansiedade
<input type="checkbox"/>		F43.23 Com Misto de Ansiedade e Depressão
<input type="checkbox"/>		F43.24 Com Perturbação da Conduta
<input type="checkbox"/>		F43.25 Com Perturbação Mista das Emoções e da Conduta
<input type="checkbox"/>		F43.20 Não Especificado
	Ao longo da vida	
	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica (p.224/ F20 , p.229/ F39 , p.231/ F53) F06.4
	<input type="checkbox"/>	Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento (p.224/ F20 , p.229/ F39 , p.231/ F53) F___. ⁵ Indicar substância específica e código diagnóstico: _____
	<input type="checkbox"/>	Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Devido a Outra Condição Médica (p.233/ G7) F06.8
	<input type="checkbox"/>	Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento (p.233/ G7) F___. ⁶ Indicar substância específica e código diagnóstico: _____
Atual	História anterior	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F___. Outro transtorno do DSM-5:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F___. Outro transtorno do DSM-5:

⁵ Ver página 165 para códigos diagnósticos para Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento.

⁶ Ver página 165 para códigos diagnósticos para Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento.

Transtornos Avaliados (apenas atual)

Atual	Transtorno
<input type="checkbox"/>	<i>Transtorno Disfórico Pré-menstrual (p.250/11)</i> N94.3
<input type="checkbox"/>	<i>Fobia Específica (p.250/12)</i> F40.218 Animais
<input type="checkbox"/>	F40.228 Ambiente natural
<input type="checkbox"/>	F40.230 Medo de sangue
<input type="checkbox"/>	F40.231 Medo de injeções e transfusões
<input type="checkbox"/>	F40.232 Medo de outros procedimentos médicos
<input type="checkbox"/>	F40.233 Medo de ferimentos
<input type="checkbox"/>	F40.248 Situacional
<input type="checkbox"/>	F40.298 Outro
<input type="checkbox"/>	<i>Transtorno de Ansiedade de Separação (p.250/13)</i> F93.0
<input type="checkbox"/>	<i>Transtorno de Acumulação (p.250/14)</i> F42
<input type="checkbox"/>	<i>Transtorno Dismórfico Corporal (p.250/15)</i> F45.22
<input type="checkbox"/>	<i>Tricotilomania (Transtorno de Arrancar o Cabelo) (p.250/16)</i> F63.3
<input type="checkbox"/>	<i>Transtorno de Escoriação (Skin-picking) (p.251/17)</i> L98.1
<input type="checkbox"/>	<i>Transtorno de Insônia (p.251/18)</i> F51.01
<input type="checkbox"/>	<i>Transtorno de Hipersonolência (p.251/19)</i> F51.11
<input type="checkbox"/>	<i>Anorexia Nervosa (p.251/110)</i> F50.01 Tipo Restritivo
<input type="checkbox"/>	F50.02 Tipo Compulsão Alimentar Purgativa
<input type="checkbox"/>	<i>Bulimia Nervosa (p.251/111)</i> F50.2
<input type="checkbox"/>	<i>Transtorno de Compulsão Alimentar (p.251/111)</i> F50.8
<input type="checkbox"/>	<i>Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (p.251/112)</i> F50.8
<input type="checkbox"/>	<i>Transtorno de Sintomas Somáticos (p.251/113)</i> F45.1
<input type="checkbox"/>	<i>Transtorno de Ansiedade de Doença (p.252/114)</i> F45.21
<input type="checkbox"/>	<i>Transtorno Explosivo Intermitente (p.252/115)</i> F63.81
<input type="checkbox"/>	<i>Transtorno do Jogo (p.252/116)</i> F63.0

Códigos de Diagnóstico para Transtorno Psicótico Induzido por Substância/Medicamento

Classe de substância	Com transtorno por uso, leve	Com transtorno por uso, moderado ou grave	Sem transtorno por uso
Álcool	F10.159	F10.259	F10.959
Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos	F13.159	F13.259	F13.959
<i>Cannabis</i>	F12.159	F12.259	F12.959
Anfetamina (ou outro estimulante)	F15.159	F15.259	F15.959
Cocaína	F14.159	F14.259	F14.959
Fenciclidina	F16.159	F16.259	F16.959
Outro alucinógeno	F16.159	F16.259	F16.959
Inalante	F18.159	F18.259	F18.959
Outra substância (ou substância desconhecida)	F19.159	F19.259	F19.959

Códigos de Diagnóstico para Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento

Classe de substância	Com transtorno por uso, leve	Com transtorno por uso, moderado ou grave	Sem transtorno por uso
Álcool	F10.14	F10.24	F10.94
Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos	F13.14	F13.24	F13.94
Anfetamina (ou outro estimulante)	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	F14.14	F14.24	F14.94
Fenciclidina	F16.14	F16.24	F16.94
Outro alucinógeno	F16.14	F16.24	F16.94
Outra substância (ou substância desconhecida)	F19.14	F19.24	F19.94

Códigos de Diagnóstico para Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento

Classe de substância	Com transtorno por uso, leve	Com transtorno por uso, moderado ou grave	Sem transtorno por uso
Álcool	F10.14	F10.24	F10.94
Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos	F13.14	F13.24	F13.94
Anfetamina (ou outro estimulante)	F15.14	F15.24	F15.94
Cocaína	F14.14	F14.24	F14.94
Opioide	F11.14	F11.24	F11.94
Fenciclidina	F16.14	F16.24	F16.94
Outro alucinógeno	F16.14	F16.24	F16.94
Inalante	F18.14	F18.24	F18.94
Outra substância (ou substância desconhecida)	F19.14	F19.24	F19.94

Códigos de Diagnóstico para Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento

Classe de substância	Com transtorno por uso, leve	Com transtorno por uso, moderado ou grave	Sem transtorno por uso
Álcool	F10.180	F10.280	F10.980
Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos	F13.180	F13.280	F13.980
<i>Cannabis</i>	F12.180	F12.280	F12.980
Anfetamina (ou outro estimulante)	F15.180	F15.280	F15.980
Cocaína	F14.180	F14.280	F14.980
Cafeína	—	—	F15.980
Opioide	F11.188	F11.288	F11.988
Fenciclidina	F16.180	F16.280	F16.980
Outro alucinógeno	F16.180	F16.280	F16.980
Inalante	F18.180	F18.280	F18.980
Outra substância (ou substância desconhecida)	F19.180	F19.280	F19.980

Códigos de Diagnóstico para Transtorno Obsessivo-compulsivo e Transtorno Relacionado Induzido por Substância/Medicamento

Classe de substância	Com transtorno por uso, leve	Com transtorno por uso, moderado ou grave	Sem transtorno por uso
Anfetamina (ou outro estimulante)	F15.188	F15.288	F15.988
Cocaína	F14.188	F14.288	F14.988
Outra substância (ou substância desconhecida)	F19.188	F19.288	F19.988

VISÃO GERAL

Eu vou lhe fazer perguntas sobre problemas ou dificuldades que você possa ter tido e vou fazer algumas anotações à medida que prosseguirmos. Antes de começarmos, você tem alguma pergunta?

Qual é a sua idade?

Com quem você vive? (Em que tipo de lugar você vive?)

Que tipo de trabalho você faz?

Você sempre fez esse tipo de trabalho?

Você está empregado no momento (sendo remunerado)?

→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Você trabalha em regime parcial ou integral?

SE FOR EM REGIME PARCIAL: Quantas horas você costuma trabalhar por semana? (Por que você trabalha em regime parcial em vez de integral?)

→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Por que motivo? Quando foi a última vez que você trabalhou? Como você se sustenta no momento?

SE ESTIVER INCAPACITADO: Você está recebendo auxílio-doença? Por que você está incapacitado?

SE FOR DESCONHECIDO: Já houve algum período de tempo em que você ficou incapaz de trabalhar ou estudar?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Por que motivo?

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

O que fez com que você viesse aqui (desta vez)? (Qual é o principal problema que você está enfrentando?)

O que estava acontecendo em sua vida quando isso começou?

Quando foi a última vez que você se sentiu bem (consigo mesmo)?

HISTÓRIA DE TRATAMENTO

NOTA: O objetivo desta seção da Visão Geral é determinar o “panorama” da psicopatologia ao longo da vida da pessoa. Evite entrar em maiores detalhes. Para episódios anteriores importantes, determine os sintomas, os medicamentos, outros tratamentos (“Que tratamento você recebeu para isso?”) e o período aproximado do surgimento e do desfecho (“Quando isso começou? Quando você começou a se sentir melhor?”).

Quando foi a primeira vez que você procurou alguém por causa de problemas emocionais e psiquiátricos? (Por que motivo? Que tratamento[s] você recebeu? Quais medicamentos?)

Você já foi internado em um hospital psiquiátrico?

SE A RESPOSTA FOR SIM: Por que motivo? (Quantas vezes?)

SE UMA RESPOSTA INADEQUADA FOR DADA, QUESTIONE O PACIENTE DE FORMA GENTIL – p.ex., **Não houve mais alguma coisa?**
As pessoas não costumam ir para hospitais psiquiátricos apenas por estarem (cansadas/nervosas/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE).

Você já recebeu tratamento para uso de drogas ou álcool?

Idade (ou data) Descrição (sintomas, eventos desencadeadores)

Tratamento e desfecho

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Continue a história de tratamento na página 168 se for necessário.

PROBLEMAS MÉDICOS

Como anda a sua saúde física? (Você teve algum problema médico?)

Você já esteve internado em um hospital para tratar de um problema médico? (Por que motivo?)

Você toma medicamentos, vitaminas ou outros suplementos alimentares (além daqueles sobre os quais você já me contou?)

SE A RESPOSTA FOR SIM: O que você está tomando e qual é a dose?

IDEAÇÃO E COMPORTAMENTO SUICIDA

VERIFICAÇÃO DE PENSAMENTOS: Você já desejou estar morto ou desejou ir dormir e não acordar mais? (Conte-me sobre isso.)

→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: PULE PARA TENTATIVA DE SUICÍDIO, ABAIXO.

→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Você teve algum desses pensamentos na última semana (incluindo hoje)?

→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: PULE PARA TENTATIVA DE SUICÍDIO, ABAIXO.

→ SE A RESPOSTA FOR SIM: VERIFICAÇÃO DA INTENÇÃO: Você sentiu uma forte necessidade de se matar em algum momento da semana passada? (Conte-me sobre isso.) Na semana passada, você teve alguma intenção de tentar o suicídio? (Conte-me sobre isso.)

VERIFICAÇÃO DE PLANO E MÉTODO: Na semana passada, você pensou em como poderia fazê-lo? (Conte-me o que você estava pensando em fazer.) Você pensou sobre o que precisaria fazer para realizar isso? (Conte-me sobre isso. Você tem os meios para fazer isso?)

TENTATIVA DE SUICÍDIO

VERIFICAÇÃO DA TENTATIVA: Você já tentou se matar?

→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Você já fez alguma coisa para se ferir?

SE A RESPOSTA FOR NÃO, VÁ PARA OUTROS PROBLEMAS ATUAIS, ABAIXO.

→ SE A RESPOSTA FOR SIM: O que você fez? (Conte-me o que aconteceu.) Você estava tentando acabar com a sua vida?

SE HOUVER MAIS DE UMA TENTATIVA: Qual tentativa teve as consequências médicas mais graves (entrada no setor de emergência, necessidade de hospitalização, internação no CTI)?

Você fez alguma tentativa de suicídio na última semana (incluindo hoje)?

OUTROS PROBLEMAS ATUAIS

Você já teve algum outro problema no último mês? (Como estão as coisas no trabalho, em casa e com as outras pessoas?)

Como tem estado o seu humor?

No último mês, quanto você bebeu?

Quando você bebe, com quem costuma estar? (Você costuma estar sozinho ou com outras pessoas?)

No último mês, você usou drogas ilegais ou recreativas? E quanto a tomar mais medicamentos do que foi prescrito ou ficar sem medicamentos antes do tempo?

A. EPISÓDIOS DE HUMOR

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL		CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR	
Agora irei fazer mais algumas perguntas sobre o seu humor.		A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança no funcionamento anterior; no mínimo um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.	
A1	<p>No último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), houve algum período de tempo em que você se sentiu deprimido ou abatido na maior parte do dia, <u>quase todos os dias</u>? (Alguém disse que você parece triste, abatido ou deprimido?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: <u>E quanto a se sentir triste, vazio ou sem esperança na maior parte do dia, quase todos os dias?</u></p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: <u>Como foi isso? Quanto tempo durou? (Cerca de duas semanas?)</u></p>	1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p.ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p.ex., parece choroso).	— + A1
A2	<p>SE O ITEM ANTERIOR FOI CLASSIFICADO COMO “+”: Durante esse período, você sentiu menos interesse ou prazer com coisas de que normalmente gosta? (Como foi isso?)</p> <p>SE O ITEM ANTERIOR FOI CLASSIFICADO COMO “—”: E houve algum período desde (UM MÊS ATRÁS) em que você perdeu o interesse ou o prazer por coisas de que normalmente gosta? (Como foi isso?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: <u>Isso aconteceu quase todos os dias? Quanto tempo durou? (Cerca de duas semanas?)</u></p>	2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas).	— + A2
SE TANTO A1 QUANTO A2 FOREM CLASSIFICADOS COMO “—” PARA O MÊS ATUAL, continue com A15 (Episódio Depressivo Maior Anterior), página 172.			
PARA AS PERGUNTAS A SEGUIR, CONCENTRE-SE NO PIOR PERÍODO DE DUAS SEMANAS DO MÊS ANTERIOR:			
Durante (PERÍODO DE DUAS SEMANAS)...			
A3	<p>...como estava o seu apetite? (Como foi em comparação ao seu apetite habitual? Você teve que se forçar a comer? Comeu [menos/mais] do que o habitual? <u>Isso aconteceu quase todos os dias</u>? Você perdeu ou ganhou peso?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Quanto? (Você estava tentando [perder/ganhar] peso?)</p>	3. Perda ou ganho de peso significativo sem estar fazendo dieta (p.ex., uma mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias.	— + A3

A4	<p>...como você tem dormido? (Problema para adormecer, acordando frequentemente, problema para permanecer dormindo, acordando cedo demais OU dormindo em excesso?)</p> <p>Quantas horas (incluindo cochilos) você tem dormido? Quantas horas você costumava dormir antes de ficar (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE)? <u>Isso aconteceu quase todas as noites?</u></p>	4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.	— +	A4
A5	<p>...você tem se sentido tão inquieto ou agitado que não consegue ficar sentado?</p> <p>E quanto ao oposto: você tem falado mais lentamente, ou se movido mais lentamente do que o normal, como se estivesse atravessando um lamaçal?</p> <p>(Em ambos os casos, chegou ao ponto de as outras pessoas notarem? O que elas notaram? <u>Isso aconteceu quase todos os dias?</u>)</p>	5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável pelos outros, não sendo meramente sentimentos subjetivos de inquietude ou de se sentir lento).	— +	A5
A6	<p>...como tem estado o seu nível de energia? (Sente-se cansado o tempo todo? <u>Quase todos os dias?</u>)</p>	6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.	— +	A6
A7	<p>...você tem tido sentimentos de inutilidade?</p> <p>E tem se sentido culpado em relação às coisas que você fez ou deixou de fazer?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Que tipos de coisas? (E isso é apenas porque você não consegue tomar conta das coisas, já que tem estado doente?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: <u>Quase todos os dias?</u></p>	7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).	— +	A7
A8	<p>...tem tido problemas para pensar ou se concentrar? Tem sido difícil tomar decisões sobre coisas cotidianas? (Isso tem interferido em que tipos de coisas? <u>Quase todos os dias?</u>)</p>	8. Capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (tanto por relato subjetivo como por observação feita por outras pessoas).	— +	A8
A9	<p>...as coisas têm estado tão ruins que você pensou bastante sobre morte ou que seria melhor se estivesse morto? Você pensou em tirar a sua própria vida?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Você fez alguma coisa a respeito? (O que você fez? Fez algum plano específico? Tomou alguma atitude para prepará-lo? Você chegou a tentar o suicídio?)</p>	9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente, sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.	— +	A9
A10	<p>AO MENOS CINCO DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO A ACIMA (A1–A9) SÃO CLASSIFICADOS COMO “+”.</p>		<p>NÃO SIM</p> <p>↓ ↓</p>	A10
		Continue com A15 (Episódio Depressivo Maior Anterior), página 172.	Continue com A11, a seguir.	

A11	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) tiveram em sua vida?</p> <p>FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS <u>APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO</u>:</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) têm afetado seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os [SINTOMAS DEPRESSIVOS] têm causado problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram seu trabalho/seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? Os [SINTOMAS DEPRESSIVOS] têm tornado mais difícil a realização do seu trabalho/das suas tarefas escolares? Os [SINTOMAS DEPRESSIVOS] têm afetado a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?)</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) têm afetado sua capacidade de tomar conta das coisas em casa? E quanto a fazer coisas simples do dia a dia, como se vestir, tomar banho ou escovar os dentes? E quanto a fazer outras coisas que são importantes para você, como atividades religiosas, exercício físico ou passatempos? Você tem evitado fazer algo porque sentiu que não estava à altura da tarefa?</p> <p>Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram outra parte importante da sua vida?</p> <p>SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS NÃO INTERFEREM NA VIDA: O quanto você se sente incomodado ou aborrecido por ter (SINTOMAS DEPRESSIVOS)?</p>	<p>B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes do funcionamento.</p>	<div style="text-align: right;">A11</div> <div style="text-align: center;"> - ↓ Continue com A15 (Episódio Depressivo Maior Anterior), página 172. </div> <div style="text-align: center;"> + ↓ Continue com A12, a seguir. </div>
A12	<p>SE FOR DESCONHECIDO: Quando os (EPISÓDIOS DE DEPRESSÃO) começaram?</p> <p>Você estava fisicamente doente logo antes deste período de depressão ter começado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse?</p> <p>Você estava tomando medicamentos logo antes de isso ter começado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Houve alguma mudança na quantidade do que você estava tomando?</p> <p>Você estava bebendo ou usando drogas vendidas nas ruas logo antes disso começar?</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico.</p> </div>	<p>C. [Episódio Depressivo Primário] O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma substância [p.ex., drogas de abuso, medicamentos] ou outra condição médica.</p> <p><i>NOTA: Use o código "NÃO" apenas se o episódio for decorrente de uma CMG ou substância/medicamento.</i></p> <p><u>CMGs etiológicas incluem</u> AVC, doença de Huntington, doença de Parkinson, lesão cerebral traumática, doença de Cushing, hipotireoidismo, esclerose múltipla, lúpus eritematoso sistêmico.</p> <p><u>Substâncias/medicamentos etiológicos incluem</u> álcool (I/A); fenciclidina (I); alucinógenos (I); inalantes (I); opioides (I/A); sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (I/A); anfetamina e outros estimulantes (I/A); cocaína (I/A); agentes antivirais (efavirenz); agentes cardiovasculares (clonidina, guanetidina, metildopa, reserpina), derivados do ácido retinoico (isotretinoína), antidepressivos, anticonvulsivantes, agentes antieméticos (triptanos), antipsicóticos, agentes hormonais (corticosteroides, contraceptivos orais, agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina, tamoxifeno), agentes de cessação do fumo (vereniclina) e agentes imunológicos (interferon).</p>	<div style="text-align: right;">A12</div> <div style="text-align: center;"> NÃO ↓ Diagnóstico: Transtorno Depressivo Devido a OCM ou Transtorno Depressivo Induzido por Substância ↓ Continue com A15 (Episódio Depressivo Maior Anterior), página 172. </div> <div style="text-align: center;"> SIM ↓ PRIMÁRIO ↓ EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL Continue com A13, a seguir. </div>

A13	SE FOR DESCONHECIDO: Quando este período de (depressão/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) começou?	Início da depressão (mês/ano)	____/____	A13
A14	Em quantos períodos separados na sua vida você esteve (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) quase todos os dias por pelo menos 2 semanas e teve diversos dos sintomas que descreveu, como (SINTOMAS DO EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL)?	Número total de Episódios Depressivos Maiores, incluindo o atual (CÓDIGO 99, SE FOREM NUMEROSOS OU INDISTINTOS DEMAIS PARA SEREM CONTADOS).	<div style="text-align: center;"> ____ ↓ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> Continue com A29 (Episódio Maníaco Atual), página 176. </div>	A14

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ANTERIOR		CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR	
<p>NOTA: SE HOUVER, ATUALMENTE, HUMOR DEPRIMIDO OU PERDA DE INTERESSE, MAS A TOTALIDADE DOS CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR NÃO FOR PREENCHIDA, SUBSTITUA A FRASE “Já houve outro período...” EM CADA UMA DAS DUAS PERGUNTAS DE AVALIAÇÃO ABAIXO (I.E., A15 E A16).</p>		<p>A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representam uma mudança no funcionamento anterior; no mínimo um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.</p>	
A15	<p>Você já teve um período de tempo em que se sentiu deprimido ou abatido pela maior parte do dia, <u>quase todos os dias?</u> (Como foi isso?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: <u>F quanto a se sentir triste, vazio ou sem esperança na maior parte do dia, quase todos os dias?</u></p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: Quanto tempo isso durou? (Cerca de duas semanas?)</p>	1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p.ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p.ex., parece choroso).	— +
A16	<p>SE O ITEM ANTERIOR FOI CLASSIFICADO COMO “+”: Durante esse período, você perdeu o interesse ou o prazer com coisas que normalmente gosta? (Como foi isso?)</p> <p>SE O ITEM ANTERIOR FOI CLASSIFICADO COMO “—”: Você já teve um período de tempo em que perdeu o interesse ou o prazer com coisas que normalmente gostava? (Como foi isso?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: Quando isso aconteceu? <u>Isso aconteceu quase todos os dias?</u> Quanto tempo isso durou? (Cerca de duas semanas?)</p>	2. Acentuada diminuição de interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (conforme indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas).	— +
<p>SE TANTO A15 QUANTO A16 FOREM CLASSIFICADOS COMO “—”, continue com A29 (Episódio Maníaco Atual), página 176.</p>			
<p>Você teve mais de um período como esse? (Que período foi o pior?)</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Você teve períodos como esse (DE UM ANO PARA CÁ)?</p>		<p>NOTA: Se houver a possibilidade de mais de um episódio anterior, selecione o “pior” para sua investigação sobre o Episódio Depressivo Maior. Contudo, se houver um episódio no ano anterior, pergunte sobre esse episódio, mesmo que ele não tenha sido o pior.</p>	

PARA AS PERGUNTAS A SEGUIR, CONCENTRE-SE NAS PIORES DUAS SEMANAS DO EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ANTERIOR SOBRE O QUAL VOCÊ ESTÁ INQUIRINDO.

SE NÃO ESTIVER CLARO: **Durante o** (EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR), **quando você ficou mais (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE)?**

A17	<p>Durante o (PIOR PERÍODO DE DUAS SEMANAS)...</p> <p>...como estava o seu apetite? (Como foi em comparação ao seu apetite habitual? Você teve que se forçar a comer? Comeu [menos/mais] do que o habitual? <u>Isso aconteceu quase todos os dias?</u> Você perdeu ou ganhou peso? (Quanto? Você estava tentando perder ou ganhar peso?)</p>	<p>3. Perda ou ganho de peso significativo sem estar fazendo dieta (p.ex., uma mudança de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou redução ou aumento no apetite quase todos os dias.</p>	<p>— +</p>	A17
A18	<p>...como estava a qualidade do seu sono? (Problema para adormecer, acordando frequentemente, problema para permanecer dormindo, acordando cedo demais OU dormindo em excesso?)</p> <p>Quantas horas (incluindo cochilos) você dormia? Quantas horas você costumava dormir antes de ficar (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE)? <u>Isso aconteceu quase todas as noites?</u></p>	<p>4. Insônia ou hipersonia quase todos os dias.</p>	<p>— +</p>	A18
A19	<p>...você estava se sentindo tão inquieto ou agitado que não conseguia ficar sentado?</p> <p>E quanto ao oposto: você falava mais lentamente, ou se mexia mais lentamente do que o normal, como se estivesse atravessando um lamaçal?</p> <p>(Em ambos os casos, chegou ao ponto de as outras pessoas notarem? O que elas notaram? <u>Isso aconteceu quase todos os dias?</u>)</p>	<p>5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).</p> <p>NOTA: CONSIDERE O COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA.</p>	<p>— +</p>	A19
A20	<p>...como era o seu nível de energia? (Sentia-se cansado o tempo todo? <u>Quase todos os dias?</u>)</p>	<p>6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.</p>	<p>— +</p>	A20
A21	<p>...teve sentimentos de inutilidade?</p> <p>Sentia-se culpado em relação às coisas que você fez ou deixou de fazer?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Que tipos de coisas? (E isso foi apenas porque você não conseguiu tomar conta das coisas, já que ficou doente?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: <u>Quase todos os dias?</u></p>	<p>7. Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).</p>	<p>— +</p>	A21
A22	<p>...teve problemas para pensar ou se concentrar? Tem sido difícil tomar decisões sobre coisas cotidianas? (Isso tem interferido em que tipos de coisas? <u>Quase todos os dias?</u>)</p>	<p>8. Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).</p>	<p>— +</p>	A22

A23	<p>...As coisas estavam tão ruins que você pensou bastante sobre morte ou que seria melhor se estivesse morto? Você pensou em tirar a sua própria vida?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Você fez alguma coisa a respeito? (O que você fez? Fez algum plano específico? Tomou alguma atitude para prepará-lo? Você chegou a tentar o suicídio?)</p>	<p>9. Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente, sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.</p>	<p>— +</p>	A23
A24	<p>AO MENOS CINCO DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO A ACIMA (A15–A23) SÃO CLASSIFICADOS COMO “+”.</p>		<p>NÃO SIM</p>	A24

Houve alguma outra vez que você esteve (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) e teve ainda mais dos sintomas sobre os quais acabei de perguntar?

- SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para **A15, página 172**, e avalie os sintomas para esse episódio.
- SE A RESPOSTA FOR NÃO: Continue com **A29** (Episódio Maníaco Atual), **página 176**.

Continue com **A25** (Critério B).

A25	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) tiveram em sua vida?</p> <p>FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS <u>APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO</u>:</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os [SINTOMAS DEPRESSIVOS] causaram problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram seu trabalho/ seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? Os [SINTOMAS DEPRESSIVOS] tornaram mais difícil a realização do seu trabalho/das suas tarefas escolares? Os [SINTOMAS DEPRESSIVOS] afetaram a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?)</p> <p>Como os [SINTOMAS DEPRESSIVOS] afetaram sua capacidade de tomar conta das coisas em casa? E quanto a fazer coisas simples do dia a dia, como se vestir, tomar banho ou escovar os dentes? E quanto a fazer outras coisas que eram importantes para você, como atividades religiosas, exercício físico ou passatempos? Você evitou fazer algo porque sentiu que não estava à altura da tarefa?</p> <p>Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram outra parte importante da sua vida?</p> <p>SE OS SINTOMAS DEPRESSIVOS NÃO INTERFERIRAM NA VIDA: O quanto você se sentiu incomodado ou aborrecido por ter (SINTOMAS DEPRESSIVOS)?</p>	<p>B. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes do funcionamento.</p>	<p>— +</p>	A25
-----	--	---	------------	-----

Houve alguma outra vez que você esteve (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) e isso causou ainda mais problemas do que a vez sobre a qual acabei de perguntar?

- SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para **A15, página 172**, e avalie os sintomas para esse episódio.
- SE A RESPOSTA FOR NÃO: Continue com **A29** (Episódio Maníaco Atual), **página 176**.

Continue com **A26** (Critério C), a seguir.

A26	<p>SE FOR DESCONHECIDO: Quando os (EPISÓDIOS DE DEPRESSÃO) começaram?</p> <p>Você estava fisicamente doente logo antes de isso ter começado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse?</p> <p>Você estava tomando medicamentos logo antes de isso ter começado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Houve alguma mudança na quantidade do que você estava tomando?</p> <p>Você estava bebendo ou usando drogas vendidas nas ruas logo antes de isso ter começado?</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico.</p> </div>	<p>C. [Episódio Depressivo Primário] O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p.ex., drogas de abuso, medicamentos) ou outra condição médica.</p> <p><i>NOTA: Use o código "NÃO" apenas se o episódio <u>for</u> decorrente de uma CMG ou substância/medicamento.</i></p> <p><i>Consulte a lista de CMGs e substâncias/medicamentos etiológicos em A12, página 171.</i></p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>NÃO</p> <p>↓</p> <p>Diagnóstico: Transtorno Depressivo Devido a OCM ou Transtorno Depressivo Induzido por Substância</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>SIM</p> <p>↓</p> <p>PRIMÁRIO</p> </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ANTERIOR</p>	A26
<p>SE O MOTIVO FOR DESCONHECIDO: Houve alguma outra vez que você esteve (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) dessa forma, mas não estava (doente com CMG/usando SUBSTÂNCIA)?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 70%;"> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A15, página 172, e avalie os sintomas para esse episódio.</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Continue com A29 (Episódio Maníaco Atual), página 176.</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <p>Continue com A27, a seguir.</p> </div> </div>				

A27	<p>SE FOR DESCONHECIDO: Quando este período de (depressão/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) começou?</p>	<p>Início da depressão (mês/ano)</p>	<p>___/___</p>	A27
A28	<p>Em quantos períodos separados na sua vida você esteve (deprimido/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) quase todos os dias por pelo menos duas semanas e teve diversos dos sintomas que descreveu, como (SINTOMAS DO PIOR EPISÓDIO)?</p>	<p>Número total de Episódios Depressivos Maiores, incluindo o atual (CÓDIGO 99, SE FOREM NUMEROSOS OU INDISTINTOS DEMAIS PARA SEREM CONTADOS).</p>	<p>___</p>	A28

Continue com **A29 (Episódio Maníaco Atual)**, a seguir.

	EPISÓDIO MANÍACO ATUAL	CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO MANÍACO	
A29	<p>No último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), houve algum período de tempo em que você esteve se sentindo tão bem, “elevado”, empolgado ou “no topo do mundo”, que outras pessoas acharam que você não estava normal?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Como foi isso? (Mais do que apenas se sentindo bem?)</p> <p>Você também andou se sentindo “hiperanimado” ou “ligado” e com uma quantidade incomum de energia? Você tem estado muito mais ativo do que o normal? (Outras pessoas comentaram sobre a quantidade de coisas que você tem feito?)</p>		
	<p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Desde (UM MÊS ATRÁS), você teve um período em que estava se sentindo irritável ou raivoso pela maior parte do dia, por pelo menos alguns dias? (Isso foi diferente do jeito que você costuma ser?)</p> <p>Como foi isso?</p> <p>Você também andou se sentindo “hiperanimado” ou “ligado” e com uma quantidade incomum de energia? Você tem estado muito mais ativo do que o normal? (Outras pessoas comentaram sobre a quantidade de coisas que você estava fazendo?)</p>	A. Um período distinto [com duração de, pelo menos, alguns dias] de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia persistentemente aumentada.	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Continue com A54 (Episódio Maníaco Anterior), página 181.</p>
A30	<p>Quanto tempo isso durou? (Cerca de uma semana?)</p> <p>SE FOI MENOS DO QUE UMA SEMANA: Você teve que ir para o hospital para evitar machucar a si mesmo ou outra pessoa, ou fazer algo que poderia ter causado graves problemas financeiros ou legais?</p> <p>Você tem se sentido (elevado/irritável)/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE na maior parte do dia, <u>quase todos os dias</u>, durante esse período?</p>	<p>...com duração de, pelo menos, uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração se a hospitalização for necessária).</p> <p>NOTA: SE O HUMOR ELEVADO DURAR MENOS DE UMA SEMANA, VERIFIQUE SE HOUVE UM PERÍODO DE HUMOR IRRITÁVEL COM DURAÇÃO DE PELO MENOS UMA SEMANA ANTES DE PULAR PARA A41.</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Continue com A41 (Episódio Hipomaniaco Atual), página 179.</p>
	<p>PARA A31–A37, CONCENTRE-SE NO PERÍODO MAIS GRAVE DO EPISÓDIO SOBRE O QUAL VOCÊ ESTÁ INQUIRINDO.</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Durante o (EPISÓDIO), quando você ficou mais (elevado/irritável)/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE)?</p>	B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:	
A31	<p>Durante esse período...</p> <p>...como você se sentia em relação a si mesmo? (Mais autoconfiante do que o habitual? Você se sentia muito mais inteligente ou melhor do que todo mundo? Sentia como se tivesse poderes ou capacidades especiais?)</p>	1. Autoestima inflada ou grandiosidade.	<p>— +</p>

A32	<p>...você precisava de menos tempo de sono do que o habitual? (O quanto você dormia?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Você se sentia descansado?</p>	2. Redução da necessidade de sono (p.ex., sente-se descansado após apenas três horas de sono).	— +	A32
A33	...você ficou muito mais falante que o habitual? (As pessoas tiveram dificuldades para pará-lo ou compreendê-lo? As pessoas tiveram dificuldades de emitir uma única palavra?)	3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.	— +	A33
A34	...os seus pensamentos estavam muito acelerados? (Como foi isso?)	4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.	— +	A34
A35	...você se distraía tão facilmente com as coisas ao seu redor que tinha problemas para se concentrar ou permanecer focado em uma única atividade? (Dê-me um exemplo disso.)	5. Distratibilidade (i. e., atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.	— +	A35
A36	<p>...como você passava o seu tempo? (Trabalho, amigos, passatempos? Você esteve especialmente ocupado durante esse período?)</p> <p>(Você se viu mais entusiasmado no trabalho ou trabalhou com mais afinco no seu emprego? Você se via mais envolvido nas atividades escolares ou estudando com mais afinco?)</p> <p>(Você ficou mais sociável durante esse período, ligou para os amigos, saiu com eles mais do que o habitual ou fez muitas amizades novas?)</p> <p>(Você passava mais tempo pensando em sexo ou envolvido em atividades sexuais, sozinho ou com outras pessoas? Isso foi uma grande mudança para você?)</p> <p>Você ficou fisicamente agitado durante esse período, fazendo coisas como andar de um lado a outro ou sentindo-se incapaz de ficar sentado? (Com que gravidade?)</p>	6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou na escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i.e., atividade sem propósito, não dirigida a objetivos).	— +	A36
A37	<p>...você andou fazendo algo que poderia ter causado problemas para você ou para a sua família?</p> <p>(Gastar dinheiro em coisas que você não precisava ou não tinha condições para adquirir? E quanto a dar dinheiro ou coisas valiosas? Apostar dinheiro que você não podia se dar ao luxo de perder?)</p> <p>(Alguma atividade sexual que poderia acarretar problemas para você? Direção imprudente?)</p> <p>(Você fez investimentos arriscados ou impulsivos ou se envolveu em um esquema de negócios que normalmente não teria feito?)</p>	7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p.ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).	— +	A37

A38		AO MENOS TRÊS DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO B ANTERIOR (A31–A37) SÃO CLASSIFICADOS COMO “+” (QUATRO SE O HUMOR É APENAS IRRITÁVEL).	NÃO SIM	A38
A39	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS MANÍACOS) tiveram em sua vida?</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Você já teve que ir para o hospital para evitar machucar a si mesmo ou outra pessoa, ou para evitar fazer algo que poderia ter causado graves problemas financeiros ou legais?</p> <p>FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO:</p> <p>Como os (SINTOMAS MANÍACOS) afetaram seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os [SINTOMAS MANÍACOS] têm causado problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)</p> <p>Como os (SINTOMAS MANÍACOS) têm afetado seu trabalho/seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? Os [SINTOMAS MANÍACOS] têm tornado mais difícil a realização do seu trabalho/das suas tarefas escolares?)</p> <p>Os (SINTOMAS MANÍACOS) têm afetado a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?</p>	C. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas.	– + Continue com A50 (Episódio Hipomaniaco Atual, Critério C), página 180.	A39
A40	<p>SE FOR DESCONHECIDO: Quando esse período de estar se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) começou?</p> <p>Você estava fisicamente doente logo antes de isso começar?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse?</p> <p>Você estava tomando medicamentos logo antes de isso começar?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Houve alguma mudança na quantidade do que você estava tomando?</p> <p>Você estava bebendo ou usando drogas vendidas nas ruas logo antes de isso começar?</p> <p>Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico.</p>	<p>D. [Episódio Maníaco Primário] O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p.ex., drogas de abuso, medicamentos, outro tratamento) ou outra condição médica.</p> <p>Nota: Um Episódio Maníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p. ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um Episódio Maníaco e, portanto, para um diagnóstico de [Transtorno] Bipolar Tipo I.</p> <p>NOTA: Use o código “NÃO” apenas se o episódio <i>for</i> decorrente de uma CMG ou substância/medicamento.</p> <p>CMGs etiológicas incluem doença de Alzheimer, demência vascular, demência induzida por HIV, doença de Huntington, doença com corpos de Lewy, síndrome de Wernicke-Korsakoff, doença de Cushing, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, doença de Parkinson, doença de Pick, doença de Creutzfeldt-Jakob, acidente vascular cerebral, lesões cerebrais traumáticas e hipertireoidismo.</p> <p>Substâncias/medicamentos etiológicos incluem álcool (I/A); fenciclidina (I); alucinógenos (I); sedativos, hipnóticos e ansiolíticos (I/A); anfetaminas (I/A); cocaína (I/A); corticosteroides; andrógenos; isoniazida; levodopa; interferon-alfa; vereniclina; procarbazina; claritromicina; e ciprofloxacina.</p>	NÃO SIM PRIMÁRIO Diagnóstico: Transtorno Bipolar Devido a OCM ou Transtorno Bipolar Induzido por Substância Continue com A54 (Episódio Maníaco Anterior), página 181. EPISÓDIO MANÍACO ATUAL Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.	A40

	EPISÓDIO HIPOMANÍACO ATUAL	CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO		
A41	<p>O período em que você estava se sentindo (elevado/irritável/ TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) durou mais do que quatro dias? Isso durou a maior parte do dia, quase todos os dias?</p> <p>Você teve mais de um período como esse (UM MÊS ATRÁS)? (Qual foi o mais extremo?)</p>	<p>A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Continue com A54 (Episódio Maníaco Anterior), página 181.</p>	A41
	<p>PARA A42–A48, CONCENTRE-SE NO PERÍODO MAIS GRAVE DO EPISÓDIO SOBRE O QUAL VOCÊ ESTÁ INQUIRINDO.</p> <p>SE O MOTIVO FOR DESCONHECIDO: Durante o (EPISÓDIO), quando você ficou mais (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE)?</p>	<p>B. Durante o período de perturbação do humor e aumento de energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) persistem, representam uma mudança notável em relação ao comportamento habitual e estão presentes em grau significativo:</p>		
A42	<p>...como você estava se sentindo em relação a si mesmo? (Mais autoconfiante do que o habitual? Você se sentiu muito mais inteligente ou melhor do que todo mundo? Sentiu como se tivesse poderes ou capacidades especiais?)</p>	<p>1. Autoestima inflada ou grandiosidade.</p>	<p>— +</p>	A42
A43	<p>...você precisou de menos tempo de sono do que o habitual? (O quanto você dormiu?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Você se sentiu descansado mesmo assim?</p>	<p>2. Redução da necessidade de sono (p.ex., sente-se descansado após apenas três horas de sono).</p>	<p>— +</p>	A43
A44	<p>...você ficou muito mais falante que o habitual? As pessoas tiveram dificuldades para pará-lo, compreendê-lo ou emitir uma única palavra?)</p>	<p>3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.</p>	<p>— +</p>	A44
A45	<p>...os seus pensamentos estavam muito acelerados? (Como foi isso?)</p>	<p>4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.</p>	<p>— +</p>	A45
A46	<p>...você se distraía tão facilmente com as coisas ao seu redor que tinha problemas para se concentrar ou permanecer focado em uma única atividade? (Dê-me um exemplo disso).</p>	<p>5. Distratibilidade (i.e., atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.</p>	<p>— +</p>	A46
A47	<p>...como você passou o seu tempo? (Trabalho, amigos, passatempos? Você esteve especialmente produtivo ou ocupado durante esse período?)</p> <p>(Você se viu mais entusiasmado no trabalho ou trabalhou com mais afinco no seu emprego? Você se viu mais envolvido nas atividades escolares ou estudando com mais afinco?)</p> <p>(Você ficou mais sociável durante esse período, ligou para os amigos, saiu com eles mais do que o habitual ou fez muitas amizades novas?)</p> <p>(Você passou mais tempo pensando em sexo ou envolvido em atividades sexuais, sozinho ou com outras pessoas? Isso foi uma grande mudança para você?)</p> <p>Você ficou fisicamente agitado durante esse período, fazendo coisas como andar de um lado a outro ou sendo incapaz de ficar sentado? (Com que gravidade?)</p>	<p>6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou na escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora.</p>	<p>— +</p>	A47

A48	<p>...você andou fazendo algo que poderia ter causado problemas para você ou para a sua família?</p> <p>(Gastar dinheiro em coisas que você não precisava ou não tinha condições para adquirir? E quanto a dar dinheiro ou coisas valiosas? Apostar dinheiro que você não podia se dar ao luxo de perder?)</p> <p>(Alguma atividade sexual que poderia acarretar problemas para você? Direção imprudente?)</p> <p>(Você fez investimentos arriscados ou impulsivos ou se envolveu em um esquema de negócios que normalmente não teria feito?)</p>	<p>7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p.ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).</p>	<p>— +</p>	A48
A49	<p>AO MENOS TRÊS DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO B ACIMA (A42–A48) SÃO CLASSIFICADOS COMO “+” (QUATRO SE O HUMOR É APENAS IRRITÁVEL).</p>		<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>Continue com A54 (Episódio Maníaco Anterior), página 181.</p>	A49
A50	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Isso foi muito diferente da maneira como você costuma ser quando não está se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE)? (Em que sentido você estava diferente? No trabalho? Na escola? Com os amigos?)</p>	<p>C. O episódio está associado a uma mudança inequívoca no funcionamento, que não é característico do indivíduo quando assintomático.</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Continue com A54 (Episódio Maníaco Anterior), página 181.</p>	A50
A51	<p>SE FOR DESCONHECIDO: Outras pessoas notaram a mudança em você? (O que elas disseram?)</p>	<p>D. A alteração no humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas.</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Continue com A54 (Episódio Maníaco Anterior), página 181.</p>	A51
A52	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) tiveram em sua vida?</p> <p>FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO:</p> <p>Como os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) têm afetado seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os [SINTOMAS HIPOMANÍACOS] têm causado problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)</p> <p>Como os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) têm afetado seu trabalho/seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? Os [SINTOMAS HIPOMANÍACOS] têm afetado a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?)</p> <p>Como os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) têm afetado sua capacidade de tomar conta das coisas em casa?</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Você já teve que ir para o hospital para evitar machucar a si mesmo ou outra pessoa, ou fazer algo que poderia ter causado graves problemas financeiros ou legais?</p>	<p>E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização [e não há características psicóticas].</p> <p>Se for grave o suficiente para necessitar de hospitalização ou grave o suficiente para causar prejuízo acentuado, volte para A31 (Critério B para Episódio Maníaco Atual), transcreva as classificações de A42–A48 para A31–A37, e continue com A39 (classificações para o Critério C em Episódio Maníaco Atual).</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Continue com A53, CRITÉRIO F, a seguir.</p>	A52

A53	<p>SE O MOTIVO FOR DESCONHECIDO: Quando esse período de estar se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) começou?</p> <p>Você estava fisicamente doente logo antes de isso começar?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse?</p> <p>Você estava tomando medicamentos logo antes de isso começar?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Houve alguma mudança na quantidade do que você estava tomando?</p> <p>Você estava bebendo ou usando drogas vendidas nas ruas logo antes de isso começar?</p> <p>Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico.</p>	<p>F. [Episódio Hipomaniaco Primário] O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p.ex., drogas de abuso, medicamentos, outro tratamento) ou outra condição médica.</p> <p>Nota: Um Episódio Hipomaniaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p.ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um diagnóstico de Episódio Hipomaniaco. Recomenda-se, porém, cautela para que 1 ou 2 sintomas (principalmente aumento da irritabilidade, nervosismo ou agitação após uso de antidepressivo) não sejam considerados suficientes para o diagnóstico de Episódio Hipomaniaco nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar.</p> <p><i>NOTA: Use o código "NÃO" apenas se o episódio for decorrente de uma CMG ou substância/medicamento.</i></p> <p><i>Consulte a lista de CMGs e substâncias/medicamentos etiológicos em A40, página 178.</i></p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>PRIMÁRIO</p> <p>Diagnóstico: Transtorno Bipolar Devido a OCM ou Transtorno Bipolar Induzido por Substância</p> <p>Continue com A54 (Episódio Maníaco Anterior), a seguir</p> <p>EPISÓDIO HIPOMANIACO ATUAL Continue com A54 (Episódio Maníaco Anterior), a seguir.</p>	A53
-----	--	--	---	-----

EPISÓDIO MANÍACO ANTERIOR	CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO MANÍACO
<p><i>NOTA: SE HOUVER, ATUALMENTE, HUMOR ELEVADO OU IRRITÁVEL, MAS A TOTALIDADE DOS CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO MANÍACO NÃO FOR SATISFEITA, SUBSTITUA A FRASE "Já houve outro período..." NAS PERGUNTAS DE AVALIAÇÃO A SEGUIR.</i></p> <p>Você já teve algum período de tempo em que você esteve se sentindo tão bem, "elevado", empolgado ou "no topo do mundo", que outras pessoas acharam que você não estava normal?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Como foi isso? (Foi mais do que apenas se sentir bem?)</p> <p>Você também se sentiu "hiperanimado" ou "ligado" e com uma quantidade incomum de energia? Você estava muito mais ativo do que o normal? (Outras pessoas comentaram sobre a quantidade de coisas que você estava fazendo?)</p>	
<p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: Você já teve algum período de tempo em que estava se sentindo irritável ou raivoso pela maior parte do dia, por pelo menos alguns dias? (Isso foi diferente do jeito que você costuma ser?)</p> <p>Como foi isso?</p> <p>Você também se sentiu "hiperanimado" ou "ligado" e com uma quantidade incomum de energia? Você estava muito mais ativo do que o normal? (Outras pessoas comentaram sobre a quantidade de coisas que você estava fazendo?)</p>	<p>A. Um período distinto [com duração de, pelo menos, alguns dias] de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e atividade ou energia persistentemente aumentada.</p>

— +

↓

Continue com A78 (Transtorno Depressivo Persistente), página 188.

A54

A55	<p>Quanto tempo isso durou? (Cerca de uma semana?)</p> <p>SE FOI MENOS DO QUE UMA SEMANA: Você teve que ir para o hospital para evitar machucar a si mesmo ou outra pessoa, ou para evitar fazer algo que poderia ter causado graves problemas financeiros ou legais?</p> <p>Você se sentiu (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) na maior parte do dia, quase todos os dias, durante esse período?</p>	<p>...com duração de, pelo menos, uma semana e presente na maior parte do dia, quase todos os dias (ou qualquer duração se a hospitalização for necessária).</p> <p><i>NOTA: SE O HUMOR ELEVADO DUROU MENOS DE UMA SEMANA, VERIFIQUE SE HOUVE UM PERÍODO DE HUMOR IRRITÁVEL COM DURAÇÃO DE PELO MENOS UMA SEMANA ANTES DE IR PARA A66.</i></p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Continue com A66 (Episódio Hipomaniaco Anterior), página 185.</p>	A55
<p>Você teve mais de um período como esse? (Que período foi o mais intenso ou causou o maior número de problemas?)</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Você já teve períodos como esse de (UM ANO PARA CÁ)?</p> <p><i>NOTA: Se houver evidência de mais de um episódio anterior, selecione aquele com mais prejuízos para a sua investigação sobre Episódio Maníaco Anterior. Se houver um episódio no ano anterior, pergunte sobre esse episódio. Se possível, evite episódios que provavelmente sejam induzidos por substância.</i></p>				
<p>PARA A56–A62, CONCENTRE-SE NO PERÍODO MAIS GRAVE DO EPISÓDIO SOBRE O QUAL VOCÊ ESTÁ INQUIRINDO.</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Durante o (EPISÓDIO), quando você ficou mais (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE)?</p> <p>B. Durante o período de perturbação do humor e aumento da energia ou atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) estão presentes em grau significativo e representam uma mudança notável do comportamento habitual:</p>				
A56	<p>Durante esse período...</p> <p>...como você se sentiu em relação a si mesmo? (Mais autoconfiante do que o habitual? Você se sentiu muito mais inteligente ou melhor do que todo mundo? Sentiu como se tivesse poderes ou capacidades especiais?)</p>	<p>1. Autoestima inflada ou grandiosidade.</p>	<p>— +</p>	A56
A57	<p>...você precisou de menos tempo de sono do que o habitual? (O quanto você dormiu?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Você se sentiu descansado?</p>	<p>2. Redução da necessidade de sono (p.ex., sente-se descansado após apenas três horas de sono).</p>	<p>— +</p>	A57
A58	<p>...você ficou muito mais falante que o habitual? (As pessoas tiveram dificuldades para pará-lo ou compreendê-lo? As pessoas tiveram dificuldades de emitir uma única palavra?)</p>	<p>3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.</p>	<p>— +</p>	A58
A59	<p>...os seus pensamentos estavam muito acelerados? (Como foi isso?)</p>	<p>4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.</p>	<p>— +</p>	A59
A60	<p>...você se distraía tão facilmente com as coisas ao seu redor que tinha problemas para se concentrar ou permanecer focado em uma única atividade? (Dê-me um exemplo disso.)</p>	<p>5. Distratibilidade (i.e., atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.</p>	<p>— +</p>	A60

A61	<p>...como você passou o seu tempo? (Trabalho, amigos, passatempos? Você esteve especialmente ocupado durante esse período?)</p> <p>(Você se viu mais entusiasmado no trabalho ou trabalhou com mais afinco no seu emprego? Você se viu mais envolvido nas atividades escolares ou estudando com mais afinco?)</p> <p>(Você ficou mais sociável durante esse período, ligou para os amigos, saiu com eles mais do que o habitual ou fez muitas amizades novas?)</p> <p>(Você passou mais tempo pensando em sexo ou envolvido em atividades sexuais, sozinho ou com outras pessoas? Isso foi uma grande mudança para você?)</p> <p>Você ficou fisicamente agitado durante esse período, fazendo coisas como andar de um lado a outro ou sendo incapaz de ficar sentado? (Com que gravidade?)</p>	<p>6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou na escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (i. e., atividade sem propósito, não dirigida a objetivos).</p>	<p>— +</p>	A61
A62	<p>...você fez algo que poderia ter causado problemas para você ou para a sua família?</p> <p>(Gastar dinheiro em coisas que você não precisava ou não tinha condições para adquirir? E quanto a dar dinheiro ou coisas valiosas? Apostar dinheiro que você não podia se dar ao luxo de perder?)</p> <p>(Alguma atividade sexual que poderia acarretar problemas? Direção imprudente?)</p> <p>(Você fez investimentos arriscados ou impulsivos ou se envolveu em um esquema de negócios que normalmente não teria feito?)</p>	<p>7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).</p>	<p>— +</p>	A62
A63		<p>AO MENOS TRÊS DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO B ACIMA (A56–A62) SÃO CLASSIFICADOS COMO “+” (QUATRO SE O HUMOR É APENAS IRRITÁVEL).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓ ↓</p>	A63
<p>SE AINDA NÃO FOI PERGUNTADO: Houve alguma outra vez que você esteve se sentindo (elevado/irritável/ TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) e teve ainda mais dos sintomas sobre os quais acabei de perguntar?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A54, página 181, e pergunte sobre esse episódio.</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Continue com A78 (Transtorno Depressivo Persistente), página 188.</p>				<p>Continue com A64 (Critério C), a seguir.</p>

A64	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS MANÍACOS) tiveram em sua vida?</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Você teve que ir para o hospital para evitar machucar a si mesmo ou outra pessoa, ou fazer algo que poderia ter causado graves problemas financeiros ou legais?</p> <p>FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS <u>APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO</u>:</p> <p>Como os (SINTOMAS MANÍACOS) afetaram seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os [SINTOMAS MANÍACOS] causaram problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)</p> <p>Como os (SINTOMAS MANÍACOS) afetaram seu trabalho/seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? Os [SINTOMAS MANÍACOS] tornaram mais difícil a realização do seu trabalho/das suas tarefas escolares? Os [SINTOMAS MANÍACOS] afetaram a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?)</p> <p>Como os (SINTOMAS MANÍACOS) afetaram sua capacidade de tomar conta das coisas em casa?</p>	<p>C. A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas.</p>	<p>— +</p>	A64
<p>SE AINDA NÃO FOI PERGUNTADO: Houve alguma outra vez que você esteve se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) e teve (SINTOMAS MANÍACOS RECONHECIDOS) que o levaram a ter problemas com pessoas ou a ser hospitalizado?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A54, página 181, e pergunte sobre esse episódio.</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Vá para A78 (Transtorno Depressivo Persistente), página 188.</p>		<p>Continue com A65, abaixo.</p>		
A65	<p>SE FOR DESCONHECIDO: Quando esse período de estar se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) começou?</p> <p>Você estava fisicamente doente logo antes de isso ter começado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse?</p> <p>Você estava tomando medicamentos logo antes de isso ter começado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Houve alguma mudança na quantidade do que você estava tomando?</p> <p>Você estava bebendo ou usando drogas vendidas nas ruas logo antes de isso ter começado?</p> <p>Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico.</p>	<p>D. [Episódio Maníaco Primário] O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p.ex., drogas de abuso, medicamentos, outro tratamento) ou outra condição médica.</p> <p>Nota: Um Episódio Maníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p.ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um Episódio Maníaco e, portanto, para um diagnóstico de [Transtorno] Bipolar Tipo I.</p> <p><i>NOTA: Use o código "NÃO" apenas se o episódio for decorrente de uma CMG ou substância/medicamento.</i></p> <p><i>Consulte a lista de CMGs e substâncias/medicamentos etiológicos em A40, página 178.</i></p>	<p>NÃO SIM</p> <p>PRIMÁRIO</p> <p>Diagnóstico: Transtorno Bipolar Devido a OCM ou Transtorno Bipolar Induzido por Substância</p> <p>EPISÓDIO MANÍACO ANTERIOR Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.</p>	A65
<p>Houve alguma outra vez que você esteve se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) e teve (SINTOMAS MANÍACOS RECONHECIDOS) e você não estava (doente com CMG/usando SUBSTÂNCIA)?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A54, página 181, e pergunte sobre esse episódio.</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Continue com A78 (Transtorno Depressivo Persistente), página 188.</p>				

	EPISÓDIO HIPOMANÍACO ANTERIOR	CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO		
A66	<p>O período em que você estava se sentindo (elevado/irritável)/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) durou mais do que quatro dias?</p> <p><u>Isso durou a maior parte do dia, quase todos os dias?</u></p>	<p>A. Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.</p>	<p>— +</p> <p>↓</p>	<p>A66</p> <p>Continue com A78 (Transtorno Depressivo Persistente), página 188.</p>
	<p>Você teve mais de um período como esse? (Qual período foi o mais extremo?)</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Você já teve períodos como esse de (UM ANO PARA CÁ)?</p>	<p>NOTA: Se houver evidência de mais de um episódio anterior, selecione o "pior" (mais intenso) para a sua investigação sobre Episódio Hipomaníaco Anterior. Se houver um episódio no ano anterior, pergunte sobre esse episódio. Se possível, evite episódios que provavelmente sejam induzidos por substância.</p>		
		<p>B. Durante o período de perturbação do humor e aumento de energia e atividade, três (ou mais) dos seguintes sintomas (quatro se o humor é apenas irritável) persistem, representam uma mudança notável em relação ao comportamento habitual e estão presentes em grau significativo:</p>		
A67	<p>Durante esse período...</p> <p>...como você se sentiu em relação a si mesmo? (Mais autoconfiante do que o habitual? Você se sentiu muito mais inteligente ou melhor do que todo mundo? Sentiu como se tivesse poderes ou capacidades especiais?)</p>	<p>1. Autoestima inflada ou grandiosidade.</p>	<p>— +</p>	A67
A68	<p>...você precisou de menos tempo de sono do que o habitual? (O quanto você dormiu?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Você se sentiu descansado mesmo assim?</p>	<p>2. Redução da necessidade de sono (p.ex., sente-se descansado após apenas três horas de sono).</p>	<p>— +</p>	A68
A69	<p>...você ficou muito mais falante que o habitual? (As pessoas tiveram dificuldades para pará-lo ou compreendê-lo? As pessoas tiveram dificuldades de emitir uma única palavra?)</p>	<p>3. Mais loquaz que o habitual ou pressão para continuar falando.</p>	<p>— +</p>	A69
A70	<p>...os seus pensamentos estavam muito acelerados? (Como foi isso?)</p>	<p>4. Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados.</p>	<p>— +</p>	A70
A71	<p>...você se distraía tão facilmente com as coisas ao seu redor que tinha problemas para se concentrar ou permanecer focado em uma única atividade? (Dê-me um exemplo disso).</p>	<p>5. Distratibilidade (i. e., atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado.</p>	<p>— +</p>	A71

A72	<p>...como você passou o seu tempo? (Trabalho, amigos, passatempos? Você esteve especialmente produtivo ou ocupado durante esse período?)</p> <p>(Você se viu mais entusiasmado no trabalho ou trabalhou com mais afinco no seu emprego? Você se viu mais envolvido nas atividades escolares ou estudando com mais afinco?)</p> <p>(Você ficou mais sociável durante esse período, ligou para os amigos, saiu com eles mais do que o habitual ou fez muitas amizades novas?)</p> <p>(Você passou mais tempo pensando em sexo ou envolvido em atividades sexuais, sozinho ou com outras pessoas? Isso foi uma grande mudança para você?)</p> <p>Você ficou fisicamente agitado durante esse período, fazendo coisas como andar de um lado a outro ou sendo incapaz de ficar sentado? (Com que gravidade?)</p>	6. Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja sociais, no trabalho ou na escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora.	— +	A72
A73	<p>...você fez algo que poderia ter causado problemas para você ou para a sua família?</p> <p>(Gastar dinheiro em coisas que você não precisava ou não tinha condições para adquirir? E quanto a dar dinheiro ou apostar dinheiro que você não podia se dar ao luxo de perder?)</p> <p>(Alguma atividade sexual que poderia acarretar problemas? Direção imprudente?)</p> <p>(Você fez investimentos arriscados ou impulsivos ou se envolveu em um esquema de negócios que normalmente não teria feito?)</p>	7. Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (p. ex., surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos).	— +	A73
		AO MENOS TRÊS DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO B ACIMA (A67–A73) SÃO CLASSIFICADOS COMO “+” (QUATRO SE O HUMOR É APENAS IRRITÁVEL).	NÃO SIM	
<p>SE AINDA NÃO FOI PERGUNTADO: Houve alguma outra vez que você esteve se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) e teve ainda mais dos sintomas sobre os quais acabei de perguntar?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A66, página 185, e pergunte sobre esse episódio.</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Continue com A78 (Transtorno Depressivo Persistente), página 188.</p>				Continue com A74, (Critério C), abaixo.
A74	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Isso foi muito diferente da maneira como você costuma ser quando não está se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE)? (Em que sentido você estava diferente? No trabalho? Com amigos?)</p>	C. O episódio está associado a uma mudança inequívoca no funcionamento, que não é característico do indivíduo quando assintomático.	— +	A74
<p>SE AINDA NÃO FOI PERGUNTADO: Houve alguma outra vez que você esteve se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE), na qual estava muito diferente da maneira como você costuma ser?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A66, página 185, e pergunte sobre esse episódio.</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Continue com A78 (Transtorno Depressivo Persistente), página 188.</p>				Continue com A75 (Critério D), próxima página.

A75	SE FOR DESCONHECIDO: Outras pessoas notaram a mudança em você? (O que elas disseram?)	D. A alteração no humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas.	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> – + </div>	A75
SE AINDA NÃO FOI PERGUNTADO: Houve alguma outra vez que você esteve se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) e outras pessoas perceberam a mudança na maneira que você estava agindo? → SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A66, página 185, e pergunte sobre esse episódio. → SE A RESPOSTA FOR NÃO: Continue com A78 (Transtorno Depressivo Persistente), página 188.		Continue com A76, (Critério E), a seguir.		
A76	SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) tiveram em sua vida? FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO: Como os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) afetaram seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os [SINTOMAS HIPOMANÍACOS] causaram problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?) Como os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) afetaram seu trabalho/ seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? Os [SINTOMAS HIPOMANÍACOS] afetaram a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?) Como os (SINTOMAS HIPOMANÍACOS) afetaram sua capacidade de tomar conta das coisas em casa? SE FOR DESCONHECIDO: Você teve que ir para o hospital para evitar machucar a si mesmo ou outra pessoa, ou fazer algo que poderia ter causado graves problemas financeiros ou legais?	E. O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização [e não há características psicóticas]. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> Se for grave o suficiente para necessitar de hospitalização ou grave o suficiente para causar prejuízo acentuado, volte para A56 (Critério B para Episódio Maníaco Anterior), transcreva as classificações de A67–A73 para A56–A62, e continue com A64 (classificações para o Critério C em Episódio Maníaco Anterior). </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> – + </div>	A76
SE FOR DESCONHECIDO: Quando este período de estar se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) começou? Você estava fisicamente doente logo antes de isso ter começado? SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse? Você estava tomando medicamentos logo antes de isso ter começado? SE A RESPOSTA FOR SIM: Houve alguma mudança na quantidade do que você estava tomando? Você estava bebendo ou usando drogas vendidas nas ruas logo antes de isso ter começado? <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico. </div>		F. [Episódio Hipomaníaco Primário] O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p.ex., drogas de abuso, medicamentos, outro tratamento) ou outra condição médica. Nota: Um Episódio Hipomaníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (p.ex., medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um diagnóstico de Episódio Hipomaníaco. Recomenda-se, porém, cautela para que 1 ou 2 sintomas (principalmente aumento da irritabilidade, nervosismo ou agitação após uso de antidepressivo) não sejam considerados suficientes para o diagnóstico de Episódio Hipomaníaco nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar. NOTA: Use o código “NÃO” apenas se o episódio <u>for</u> decorrente de uma CMG ou substância/medicamento. Consulte a lista de CMGs e substâncias/medicamentos etiológicos em A40, página 178.	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> NÃO SIM </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px; text-align: center;"> PRIMÁRIO </div>	A77
SE AINDA NÃO FOI PERGUNTADO: Houve alguma outra vez que você esteve se sentindo (elevado/irritável/TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE) e teve (SINTOMAS MANÍACOS RECONHECIDOS) e você não estava (doente com CMG/usando SUBSTÂNCIA)? → SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para A66, página 185, e pergunte sobre esse episódio. → SE A RESPOSTA FOR NÃO: Continue com A78 (Transtorno Depressivo Persistente), página 188.		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Diagnóstico: Transtorno Bipolar Devido a OCM ou Transtorno Bipolar Induzido por Substância </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> EPISÓDIO HIPOMANÍACO ANTERIOR Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190. </div>		

TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE		CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE		
SE: JÁ HOUVE UM EPISÓDIO MANÍACO OU HIPOMANÍACO (não decorrente de uma CMG ou substância/medicamento), PULE A AVALIAÇÃO DE TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE E CONTINUE COM B1 (SINTOMAS PSICÓTICOS), página 190 .				
A78	Nos últimos dois anos, de (DOIS ANOS PARA CÁ), você foi perturbado por humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias? (Mais da metade do tempo?) SE A RESPOSTA FOR SIM: Como foi isso?	A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas, pelo período mínimo de dois anos. Nota: Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável, com duração mínima de um ano.	<div style="text-align: right;">- +</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.</div>	A78
Durante esses períodos de (TERMOS PRÓPRIOS DO PACIENTE PARA DEPRESSÃO CRÔNICA), você frequentemente...		B. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características:		
A79	...perdia seu apetite? (E quanto a se alimentar em excesso?)	1. Apetite diminuído ou alimentação em excesso.	- +	A79
A80	...tinha dificuldade para dormir ou dormia em excesso?	2. Insônia ou hipersonia.	- +	A80
A81	...tinha pouca energia para fazer as coisas ou se sentia muito cansado?	3. Baixa energia ou fadiga.	- +	A81
A82	...sentia-se mal consigo mesmo? (Sentia-se sem valor ou um fracasso?)	4. Baixa autoestima.	- +	A82
A83	...tinha dificuldade para se concentrar ou tomar decisões?	5. Concentração pobre ou dificuldade em tomar decisões.	- +	A83
A84	...sentia-se sem esperança?	6. Sentimentos de desesperança.	- +	A84
A85		AO MENOS DOIS DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO B ACIMA (A79–A84) SÃO CLASSIFICADOS COMO "+".	<div style="text-align: right;">NÃO SIM</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.</div>	A85
A86	Desde (DOIS ANOS ATRÁS), qual foi o período de tempo mais longo, até agora, durante esse período de depressão duradoura, que você se sentiu bem?	C. Durante o período de dois anos (um ano para crianças ou adolescentes) de perturbação, o indivíduo jamais esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por mais de dois meses. NOTA: O CRITÉRIO D FOI INTENCIONALMENTE OMITIDO.	<div style="text-align: right;">- +</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.</div>	A86
A87		E. Jamais houve um Episódio Maníaco ou um Episódio Hipomaniaco e jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno Ciclotímico.	<div style="text-align: right;">- +</div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.</div>	A87

A88	<p>SE AINDA NÃO ESTIVER CLARO: RETORNE A ESTE ITEM APÓS COMPLETAR A SEÇÃO DE TRANSTORNOS PSICÓTICOS.</p>	<p>F. A perturbação não é mais bem explicada por um Transtorno Esquizoafetivo Persistente, Esquizofrenia, Transtorno Delirante, Outro Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Especificado ou Transtorno do Espectro da Esquizofrenia e Outro Transtorno Psicótico Não Especificado.</p> <p><i>NOTA: CÓDIGO “+” SE NÃO HOUVER TRANSTORNO PSICÓTICO PERSISTENTE OU SE NÃO FOR MAIS BEM EXPLICADO POR UM TRANSTORNO PSICÓTICO PERSISTENTE.</i></p>	<p>— +</p> <p>Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.</p>	A88
A89	<p>SE O MOTIVO FOR DESCONHECIDO; Quando foi que isso começou?</p> <p>Você estava fisicamente doente logo antes de isso ter começado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse?</p> <p>Você estava tomando medicamentos logo antes de isso ter começado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Houve alguma mudança na quantidade do que você estava tomando?</p> <p>Você estava bebendo ou usando drogas vendidas nas ruas logo antes de isso ter começado?</p> <p>Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico.</p>	<p>G. [Transtorno Depressivo Primário] Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (p.ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica (p.ex., hipotireoidismo).</p> <p><i>Consulte a lista de CMGs e substâncias/medicamentos etiológicos em A12, página 171.</i></p>	<p>— +</p> <p>PRIMÁRIO</p> <p>Diagnóstico: Transtorno Depressivo Devido a OCM ou Transtorno Depressivo Induzido por Substância</p> <p>Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.</p> <p>Continue com A90, a seguir.</p>	A89
A90	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) tiveram em sua vida?</p> <p>FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO:</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) têm afetado seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os [SINTOMAS DEPRESSIVOS] têm causado problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram seu trabalho/seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? Os [SINTOMAS DEPRESSIVOS] têm tornado mais difícil a realização do seu trabalho/das suas tarefas escolares? Os [SINTOMAS DEPRESSIVOS] têm afetado a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?)</p> <p>Como os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) têm afetado sua capacidade de tomar conta das coisas em casa? E quanto a fazer coisas simples do dia a dia, como se vestir, tomar banho ou escovar os dentes? E quanto a fazer outras coisas que são importantes para você, como atividades religiosas, exercício físico ou passatempos? Você evitou fazer algo porque sentiu que não estava à altura da tarefa?</p> <p>Os (SINTOMAS DEPRESSIVOS) afetaram outra parte importante da sua vida?</p> <p>SE ELES NÃO INTERFEREM NA VIDA: O quanto você se sente incomodado ou aborrecido por ter (SINTOMAS DEPRESSIVOS)?</p>	<p>H. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes do funcionamento.</p>	<p>— +</p> <p>Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.</p> <p>Diagnóstico: Transtorno Depressivo Persistente (atual). Continue com B1 (Sintomas Psicóticos), página 190.</p>	A90

B. SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS

PARA QUAISQUER SINTOMAS PSICÓTICOS E ASSOCIADOS QUE ESTEJAM PRESENTES, DETERMINE SE O SINTOMA É DEFINITIVAMENTE "PRIMÁRIO" (I.E., DEVE-SE A UM TRANSTORNO PSICÓTICO) OU SE HÁ UMA CMG ETIOLÓGICA, POSSÍVEL OU DEFINIDA, OU SUBSTÂNCIA/MEDICAMENTO ETIOLÓGICO. (CONSULTE **C6, PÁGINA 197**, PARA UMA LISTA DE CMGs ETIOLÓGICAS OU SUBSTÂNCIAS/MEDICAMENTOS ETIOLÓGICOS.) ESTA INFORMAÇÃO SERÁ ÚTIL NA DIFERENCIAÇÃO ENTRE UM TRANSTORNO PSICÓTICO PRIMÁRIO E UM TRANSTORNO PSICÓTICO DEVIDO A OCM OU TRANSTORNO PSICÓTICO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA/MEDICAMENTO NO MÓDULO C.

AS PERGUNTAS A SEGUIR PODEM SER ÚTEIS PARA ESSA DETERMINAÇÃO CASO A VISÃO GERAL JÁ NÃO TENHA FORNECIDO A INFORMAÇÃO:

Logo antes de os (SINTOMAS PSICÓTICOS) começarem, você estava usando drogas? SE A RESPOSTA FOR SIM: **O que você estava usando?**

...estava tomando medicamentos? SE A RESPOSTA FOR SIM: **O que você estava tomando?**

...você bebeu muito mais do que o habitual ou parou de beber depois ter bebido muito por algum tempo?

...você estava fisicamente doente?

SE A RESPOSTA FOR SIM PARA QUALQUER UMA DESSAS PERGUNTAS: **Houve uma época em que você teve (SINTOMAS PSICÓTICOS) e não estava (usando [DROGAS]/tomando [MEDICAMENTOS]/mudando seus hábitos de consumo de bebidas/fisicamente doente)?**

Agora, eu vou lhe fazer perguntas sobre experiências incomuns que as pessoas às vezes têm.

DELÍRIOS

Uma falsa crença baseada em uma inferência incorreta acerca da realidade externa que é firmemente mantida, não obstante o que quase todo mundo acredita e apesar de provas incontestáveis e óbvias em contrário. A crença não é habitualmente aceita por outros membros da cultura ou subcultura da pessoa (i. e., ela não é parte da fé religiosa). Quando uma falsa crença envolve um juízo de valor, ela é considerada um delírio apenas quando o juízo é tão extremo a ponto de desafiar a credibilidade.

NOTA: Codifique ideias supervalorizadas (crenças irracionais e persistentes que são mantidas com intensidade menor do que delirante) como "—".

B1	<p>Já lhe pareceu que as pessoas estavam falando de você, ou que o observavam de modo especial? (O que você acha que elas estavam falando de você?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Você estava convencido de que elas estavam falando a seu respeito, ou pensou que poderia ter sido sua imaginação?</p> <p>Você já teve a sensação de que algo no rádio, na TV ou em um filme foi feito especialmente para você? (Não que isso apenas tenha sido particularmente relevante para você, mas, sim, especificamente feito para você.)</p> <p>Você já teve a sensação de que as letras de uma música popular foram feitas para lhe enviar uma mensagem especial?</p> <p>Você já teve a sensação de que as roupas que as pessoas estavam vestindo tinham a intenção de lhe enviar uma mensagem especial?</p> <p>Você já teve a sensação de que as placas de trânsito ou os <i>outdoors</i> tinham um significado especial para você?</p>	<p>Delírio de referência (i. e., uma crença de que eventos, objetos ou outras pessoas no ambiente imediato do indivíduo têm um significado particular ou incomum)</p> <p>DESCREVA:</p>	— +	B1
B2	<p>E quanto a haver alguém fazendo de tudo para lhe causar dificuldades ou tentando feri-lo? (Conte-me sobre isso.)</p> <p>Você já teve a sensação de que estava sendo seguido, espionado, manipulado ou sendo vítima de um complô?</p> <p>Você já teve a sensação de que estava sendo envenenado ou de que sua comida estava sendo adulterada?</p>	<p>Delírio persecutório (i. e., uma crença de que o indivíduo [ou o seu grupo] está sendo atacado, incomodado, assediado, enganado, perseguido ou sendo vítima de conspiração)</p> <p>DESCREVA:</p>	— +	B2

B3	<p>Você já pensou que era especialmente importante de alguma maneira, ou que tinha poderes ou conhecimentos especiais? (Conte-me sobre isso.)</p> <p>Você já acreditou que tinha um relacionamento especial ou próximo com uma celebridade ou outra pessoa famosa?</p>	<p>Delírio de grandiosidade (i.e., o conteúdo envolve poder, conhecimento ou importância exagerados, ou um relacionamento especial com uma divindade ou uma pessoa famosa)</p> <p>DESCREVA:</p>	— +	B3
B4	<p>Você já esteve convencido de que algo estava muito errado com sua saúde física, mesmo depois de seu médico ter dito que não havia nada de errado... como ter câncer ou alguma outra doença? (Conte-me sobre isso.)</p> <p>Você já teve a sensação de que alguma coisa estranha estava acontecendo com partes do seu corpo?</p>	<p>Delírio somático (i.e., o conteúdo envolve mudança ou perturbação na aparência ou no funcionamento corporal)</p> <p>DESCREVA:</p>	— +	B4
B5	<p>Você já teve a sensação de que tinha cometido um crime ou feito alguma coisa terrível pela qual deveria ser punido? (Conte-me sobre isso.)</p> <p>Já teve a sensação de que algo que você fez, ou que deveria ter feito, mas não fez, causou sérios danos aos seus pais, filhos, outros membros da família ou amigos? (Conte-me sobre isso.)</p> <p>E quanto a se sentir responsável por um desastre, como um incêndio, uma enchente ou um terremoto? (Conte-me sobre isso.)</p>	<p>Delírio de culpa (i.e., uma crença de que um pequeno erro do passado levará ao desastre, ou de que a pessoa cometeu um crime horrível e deveria ser punida severamente, ou de que ela é responsável por um desastre [p. ex., um terremoto ou um incêndio], com o qual não possa ter qualquer ligação)</p> <p>DESCREVA:</p>	— +	B5
B6	<p>Você já chegou a ficar convencido de que seu cônjuge ou parceiro estava sendo infiel a você?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Como você sabe se ele/ela estava sendo infiel? (O que fez você chegar a essa conclusão?)</p>	<p>Ciúme delirante (i.e., uma crença de que o parceiro sexual é infiel)</p> <p>DESCREVA:</p>	— +	B6
B7	<p>Você é uma pessoa religiosa ou espiritualizada?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Você já teve experiências religiosas ou espirituais que as outras pessoas em sua comunidade religiosa ou espiritual não experimentaram?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Conte-me sobre suas experiências. (O que elas acharam dessas suas experiências?)</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Você já teve a sensação de que Deus, o diabo, outra entidade espiritual ou poder superior se comunicou diretamente com você? (Conte-me sobre isso. Outras pessoas em sua comunidade religiosa ou espiritual também tiveram experiências assim?)</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Você já teve a sensação de que Deus, ou o diabo, outra entidade espiritual ou poder superior se comunicou diretamente com você? (Conte-me sobre isso. Outras pessoas em sua comunidade religiosa ou espiritual também tiveram experiências assim?)</p>	<p>Delírio religioso (i.e., um delírio com um conteúdo religioso ou espiritual)</p> <p>DESCREVA:</p>	— +	B7

B8	Já teve um “admirador secreto” que, quando você tentou contatá-lo, negou que estivesse apaixonado por você? (Conte-me sobre isso.) Você já teve um envolvimento romântico com uma pessoa famosa? (Conte-me sobre isso.)	Delírio erotomaníaco (i. e., uma crença de que outra pessoa, geralmente de posição mais elevada, está apaixonada pelo indivíduo) DESCREVA:	— +	B8
B9	Você já achou que alguém ou alguma coisa externa a você estava controlando seus pensamentos ou suas ações contra a sua vontade? (Conte-me sobre isso.)	Delírio de estar sendo controlado (i. e., sentimentos, impulsos pensamentos ou ações que são experimentados como se estivessem sendo controlados por uma força externa, em vez de estarem sob controle do próprio indivíduo) DESCREVA:	— +	B9
B10	Você já achou que certos pensamentos que não eram seus foram colocados em sua cabeça? (Conte-me sobre isso.)	Inserção de pensamento (i. e., uma crença de que certos pensamentos não pertencem ao indivíduo, mas que, em vez disso, são inseridos na sua mente) DESCREVA:	— +	B10
B11	E sobre pensamentos sendo retirados da sua cabeça? (Conte-me sobre isso.)	Retirada de pensamento (i. e., uma crença de que os pensamentos do indivíduo foram “removidos” por alguma força externa) DESCREVA:	— +	B11
B12	Você já teve a sensação de que seus pensamentos estavam sendo transmitidos em alto e bom som, de modo que outras pessoas podiam realmente ouvir o que você estava pensando? (Conte-me sobre isso.)	Transmissão de pensamentos (i. e., um delírio em que os pensamentos do indivíduo estão sendo transmitidos, de modo que outras pessoas podem percebê-los) DESCREVA:	— +	B12
B13	Você já acreditou que alguém poderia ler sua mente? (Conte-me sobre isso.)	Outros delírios (p. ex., uma crença de que outras pessoas podem ler a mente da pessoa, um delírio de que alguém morreu há muitos anos) DESCREVA:	— +	B13
ALUCINAÇÕES Experiência semelhante a uma percepção que apresenta a clareza e o impacto de uma verdadeira percepção, mas que ocorre sem estimulação externa do órgão sensorial relevante. A pessoa pode ter ou não ter <i>insight</i> para a natureza inverídica da alucinação (i. e., um indivíduo com alucinações pode reconhecer que está tendo uma falsa experiência sensorial, enquanto outro pode estar convicto de que a experiência está baseada na realidade). NOTA: Código “—” para alucinações que são tão transitórias que não chegam a ter qualquer relevância para o diagnóstico. Código “—” para alucinações hipnagógicas ou hipnopômicas que ocorrem apenas ao adormecer ou ao acordar, respectivamente.				
B14	Você já escutou coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como barulhos ou vozes de pessoas sussurrando ou falando? (Você estava acordado neste momento?) SE A RESPOSTA FOR SIM: O que você escutou? Com que frequência você escutou?	Alucinações auditivas (i. e., uma alucinação envolvendo a percepção de sons, mais habitualmente vozes, quando se está totalmente acordado, e que é ouvida dentro ou fora da cabeça do indivíduo) DESCREVA:	— +	B14

B15	Você teve visões ou viu coisas que outras pessoas não podiam ver? (Conte-me sobre isso. Você estava acordado neste momento?)	Alucinações visuais (i. e., uma alucinação envolvendo a visão, que pode consistir de imagens com forma, como pessoas, ou de imagens sem forma, como lampejos de luz) <i>NOTA: Distingue-se de uma ilusão (i. e., uma percepção equivocada de um estímulo externo real).</i> DESCREVA:	— +	B15
B16	E quanto a sensações estranhas em sua pele, como sentir como se algo estivesse se arrastando ou rastejando sobre ou sob ela? E quanto à sensação de ser tocado ou golpeado? (Conte-me sobre isso.)	Alucinações táteis (i. e., uma alucinação envolvendo a percepção de toque ou da presença de algo sob a pele) DESCREVA:	— +	B16
B17	E quanto a ter sensações incomuns dentro de uma parte do seu corpo, como uma sensação de eletricidade? (Conte-me sobre isso.)	Alucinações somáticas (i. e., uma alucinação envolvendo a percepção de uma experiência física localizada dentro do corpo [p. ex., uma sensação de eletricidade]) DESCREVA:	— +	B17
B18	E quanto a comer ou beber alguma coisa que você achou ter um gosto ruim ou estranho, embora todas as outras pessoas que a provaram não tenham percebido nada de errado? (Conte-me sobre isso.)	Alucinações gustativas (i. e., uma alucinação envolvendo a percepção de paladar [geralmente desagradável]) DESCREVA:	— +	B18
B19	E quanto a sentir cheiros desagradáveis que outras pessoas não podiam sentir, como comida em decomposição e cadáveres? (Conte-me sobre isso.)	Alucinações olfativas (i. e., uma alucinação envolvendo a percepção de odor) DESCREVA:	— +	B19

DISCURSO DESORGANIZADO, COMPORTAMENTO GROSSEIRAMENTE DESORGANIZADO E CATATONIA

(Deixe-me parar por um instante para que eu possa fazer algumas anotações...)

OS ITENS A SEGUIR SÃO CLASSIFICADOS COM BASE NA OBSERVAÇÃO E NA HISTÓRIA (CONSULTE ANTIGOS PRONTUÁRIOS, OUTROS OBSERVADORES — P. EX., MEMBROS DA FAMÍLIA, EQUIPE TERAPÊUTICA)

B20		DISCURSO DESORGANIZADO: O indivíduo pode mudar de um tópico a outro (descarrilamento ou afrouxamento das associações). As respostas a perguntas podem ter uma relação oblíqua ou não ter relação alguma (tangencialidade). Raras vezes, o discurso pode estar tão gravemente desorganizado que é quase incompreensível, lembrando a afasia receptiva em sua desorganização linguística (incoerência ou “salada de palavras”). Uma vez que o discurso levemente desorganizado é comum e inespecífico, o sintoma deve ser suficientemente grave a ponto de prejudicar de forma substancial a comunicação efetiva. DESCREVA:	— +	B20
-----	--	---	-----	-----

B21		<p>COMPORTAMENTO GROSSEIRAMENTE DESORGANIZADO: Pode variar de comportamento “tolo e pueril” até a agitação imprevisível. A pessoa pode parecer marcadamente desgredada, pode se vestir de maneira incomum (p.ex., vestir vários sobretudos, cachecóis e luvas em um dia quente), ou pode apresentar comportamento sexual claramente inapropriado (p.ex., masturbação em público) ou agitação imprevisível e não provocada (p. ex., gritar ou xingar).</p> <p>DESCREVA:</p>	— +	B21
B22	<p>OS SEIS ITENS A SEGUIR PODEM SER AVALIADOS PELA OBSERVAÇÃO OU PELOS RELATOS DE INFORMANTES (CONSULTE OS REGISTROS DO PACIENTE, OUTROS OBSERVADORES — COMO MEMBROS DA FAMÍLIA, EQUIPE TERAPÊUTICA).</p> <p>OS TRÊS ITENS A SEGUIR PODEM SER AVALIADOS DURANTE A ENTREVISTA OU VIA INFORMANTES.</p> <p>OS TRÊS ITENS A SEGUIR PODEM SER AVALIADOS DURANTE O EXAME FÍSICO OU VIA INFORMANTES.</p>	<p>COMPORTAMENTO CATATÔNICO</p> <p>Estupor (i. e., ausência de atividade psicomotora; sem relação ativa com o ambiente)</p> <p>Fazer caretas (i. e., expressões faciais estranhas e inadequadas não relacionadas à situação)</p> <p>Maneirismo (i. e., caricatura esquisita e circunstancial de ações normais)</p> <p>Postura (i. e., manutenção espontânea e ativa de uma postura contrária à gravidade)</p> <p>Agitação, não influenciada por estímulos externos</p> <p>Estereotipia (i. e., movimentos repetitivos, anormalmente frequentes e não voltados a metas)</p> <p>Mutismo (i. e., resposta verbal ausente ou muito pouca [excluir sem afasia conhecida])</p> <p>Ecolalia (i. e., imitação da fala de outra pessoa)</p> <p>Negativismo (i.e., oposição ou resposta ausente a instruções ou a estímulos externos)</p> <p>Ecopraxia (i. e., imitação dos movimentos de outra pessoa)</p> <p>Catalepsia (i. e., indução passiva de uma postura mantida contra a gravidade)</p> <p>Flexibilidade cêrea (i. e., resistência leve ao posicionamento pelo examinador)</p> <p>DESCREVA:</p>	— +	B22

SINTOMAS NEGATIVOS

Para quaisquer sintomas negativos classificados como “+”, determine se o sintoma é definitivamente primário (i.e., devido a um Transtorno Psicótico) ou se é possivelmente ou definitivamente secundário — i.e., relacionado a outro transtorno mental (p.ex., depressão), uma substância ou uma CMG (p.ex., acinesia induzida por medicamento) ou um sintoma psicótico (p.ex., alucinações de comando de não se mover).

B23

CLASSIFIQUE ESTE ITEM COM BASE NAS INFORMAÇÕES OBTIDAS A PARTIR DA VISÃO GERAL.

SE FOR DESCONHECIDO: Houve algum período de tempo, com duração de, pelo menos, alguns meses, em que você não estava trabalhando, não estava estudando ou fazendo quase nada?

SE FOR DESCONHECIDO: E quanto a um período de tempo em que você esteve incapaz de cuidar de coisas básicas do cotidiano, como escovar os dentes ou tomar banho?

SE A RESPOSTA FOR NÃO: Alguém chegou a dizer que você não estava cuidando dessas ou de outras coisas básicas do cotidiano?

Avolia: Incapacidade de iniciar e persistir em atividades direcionadas para um objetivo. Quando suficientemente grave para ser considerada patológica, a avolia é difusa e impede que a pessoa conclua muitos tipos diferentes de atividades (p.ex., trabalho, objetivos intelectuais, cuidados pessoais).

— +

B23

— +
POSSIVELMENTE/ PRIMÁRIO
DEFINITIVAMENTE
SECUNDÁRIO

B24

Expressão Emocional Diminuída: Inclui reduções na expressão de emoções no rosto, no contato visual, na entonação da fala (prosódia) e nos movimentos das mãos, da cabeça e da face, os quais normalmente conferem ênfase emocional ao discurso.

— +

B24

— +
POSSIVELMENTE/ PRIMÁRIO
DEFINITIVAMENTE
SECUNDÁRIO

Continue com **C1**
(Diagnóstico Diferencial
de Transtornos
Psicóticos), **página 196.**

C. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRANSTORNOS PSICÓTICOS

Se nenhum dos itens relacionados aos Transtornos Psicóticos do Módulo B jamais foi apresentado, siga para **D1** (Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor), **página 204**.

Ao fazer as classificações para **C1–C20**, se não for possível determinar se uma classificação é “SIM” ou “NÃO”, pule para **C22** (Outro Transtorno Psicótico Especificado), **página 201**.

C1

Os sintomas psicóticos ocorrem em momentos fora do período dos Episódios Depressivos Maiores (**A12/A26**) ou Maníacos (**A40/A65**).

A pergunta a seguir pode ser feita para maior esclarecimento: SE UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR OU MANÍACO JÁ FOI APRESENTADO: Já houve alguma vez que você teve (SINTOMAS PSICÓTICOS) e não estava (deprimido/elevado/irritável)/TERMOS DO PRÓPRIO PACIENTE)?

SIM

CRITÉRIOS PARA ESQUIZOFRENIA

NOTA: Os critérios estão em uma ordem diferente daquela do DSM-5.

NÃO

Transtorno do Humor Psicótico
Vá para **D1** (Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor), **página 204**.

C1

C2

A. Dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso): Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):

1. Delírios [**B1–B13**].
2. Alucinações [**B14–B19**].
3. Discurso desorganizado (p.ex., descarrilamento ou incoerência frequentes) [**B20**].
4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico [**B21–B22**].
5. Sintomas negativos (i. e., expressão emocional diminuída ou avolia) [**B23–B24**].

NOTA: Considere a classificação “NÃO” se os únicos sintomas são delírios acompanhados por alucinações táteis e/ou olfativas que estejam tematicamente relacionadas ao conteúdo dos delírios (o qual é consistente com um diagnóstico de Transtorno Delirante).

SIM

NÃO

Vá para **C13** (Transtorno Delirante), **página 199**.

C2

C3

D. Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Depressivo ou Transtorno Bipolar com Características Psicóticas são descartados porque

- 1) Não ocorreram Episódios Depressivos Maiores [**A12/A26**] ou Maníacos [**A40/A65**] concomitantemente com os sintomas da fase ativa [i. e., sintomas do Critério A listados acima em **C2**], ou

A pergunta a seguir pode ser feita para maior esclarecimento: Já houve alguma vez que você teve (SINTOMAS DA FASE ATIVA) ao mesmo tempo em que você estava (deprimido/elevado/irritável)/TERMOS DO PRÓPRIO PACIENTE)?

- 2) Se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve [i. e., menos de 50%] em relação aos períodos ativo e residual da doença.

A pergunta a seguir pode ser feita para maior esclarecimento: Quanto ao período em que teve (SINTOMAS DOS PERÍODOS ATIVO E RESIDUAL), você diria que também estava (deprimido/elevado/irritável)/TERMOS DO PRÓPRIO PACIENTE)?

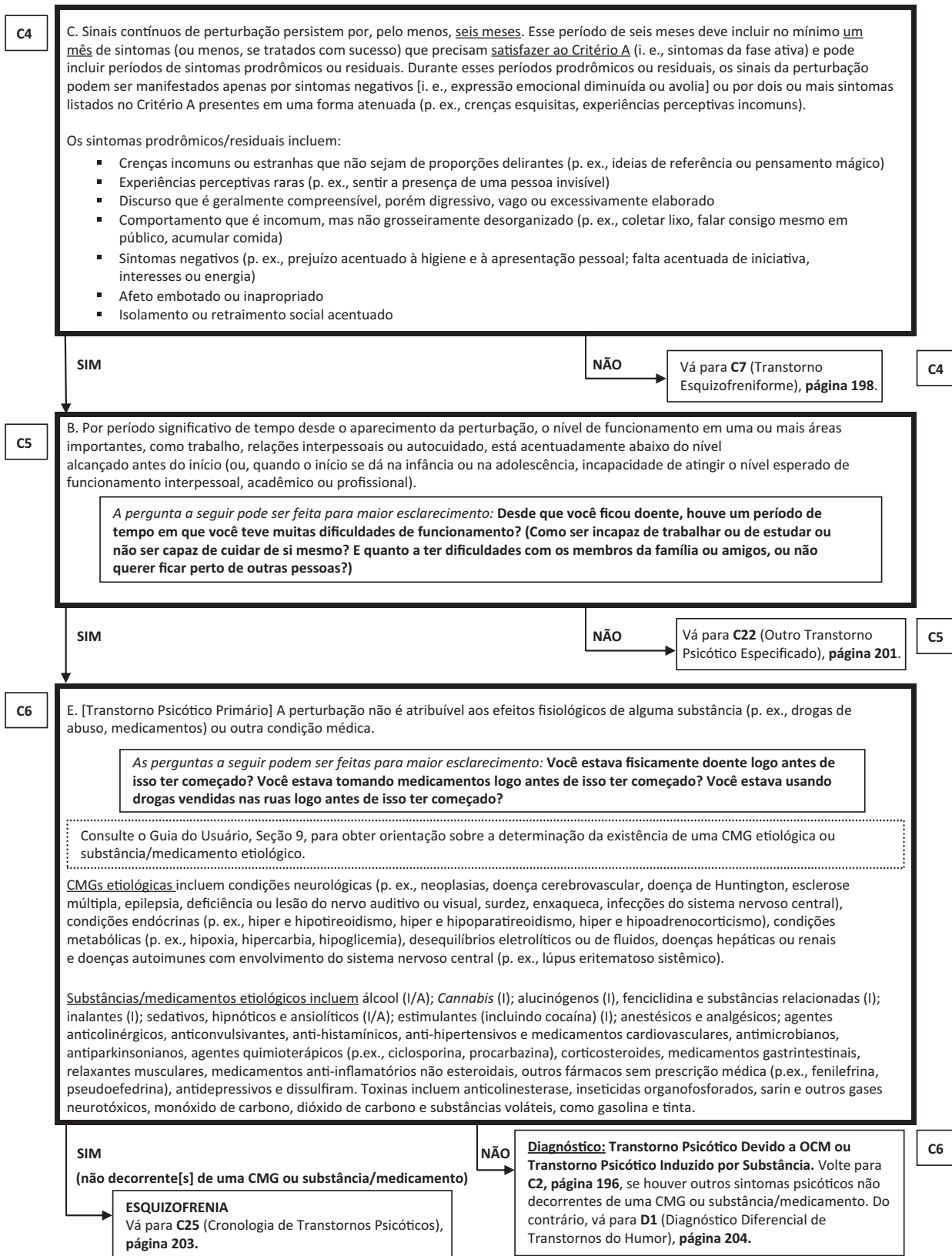
NOTA: Código “SIM” se nunca houve quaisquer Episódios Depressivos Maiores ou Maníacos OU se todos os episódios ocorreram durante a fase prodrômica ou residual OU se os episódios de humor estiveram presentes de maneira breve em relação ao período total da perturbação. Código “NÃO” apenas se os episódios de humor se sobrepõem aos sintomas da fase ativa E sua duração total foi longa (i. e., 50% ou mais) em relação ao período da doença.

SIM

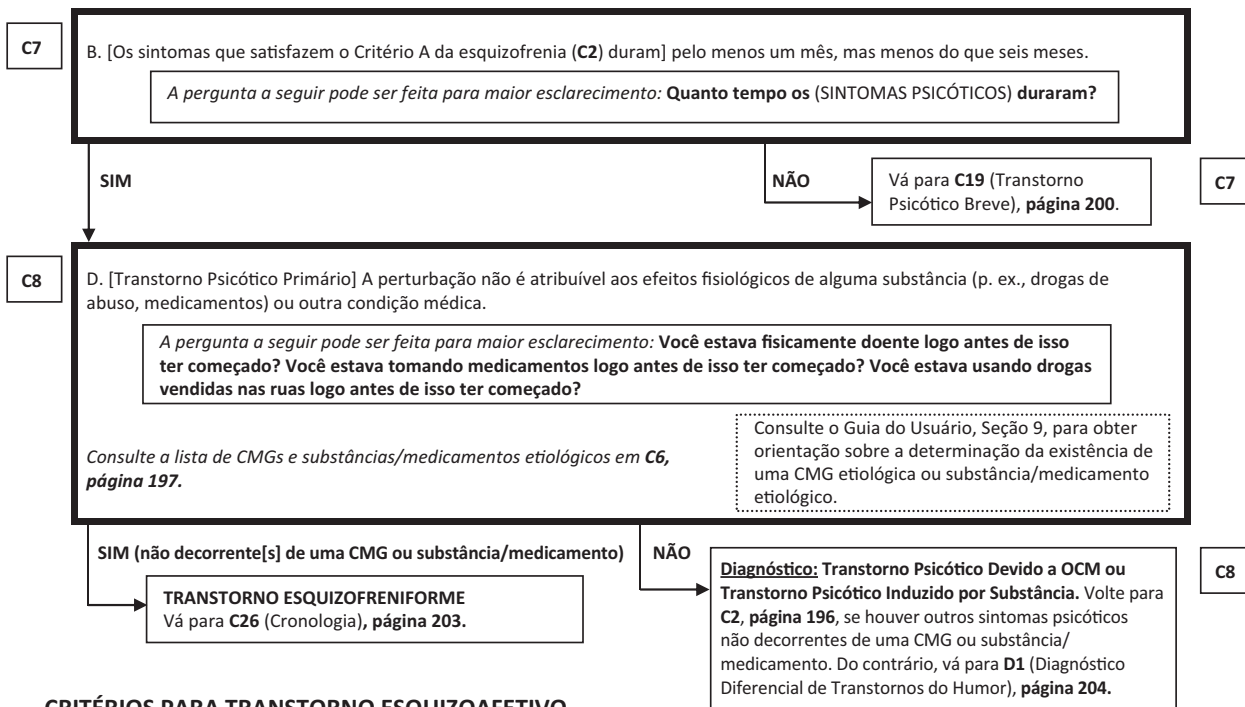
NÃO

Vá para **C9** (Transtorno Esquizoafetivo), **página 198**.

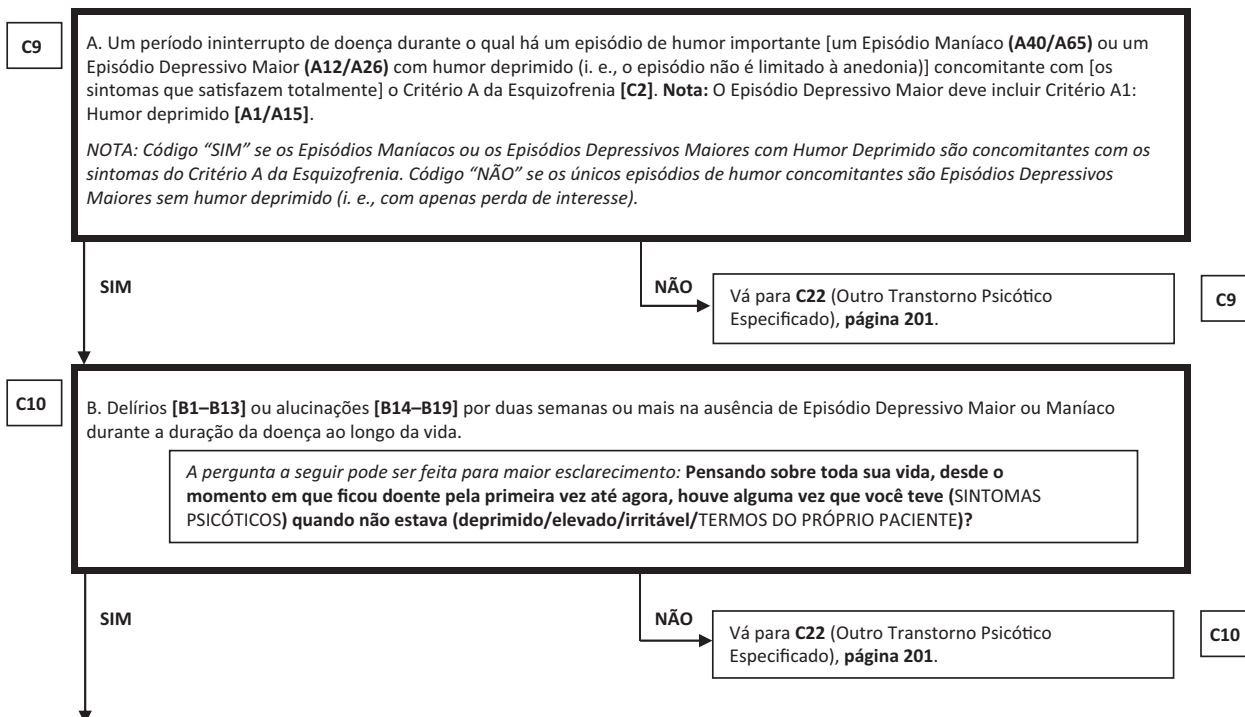
C3

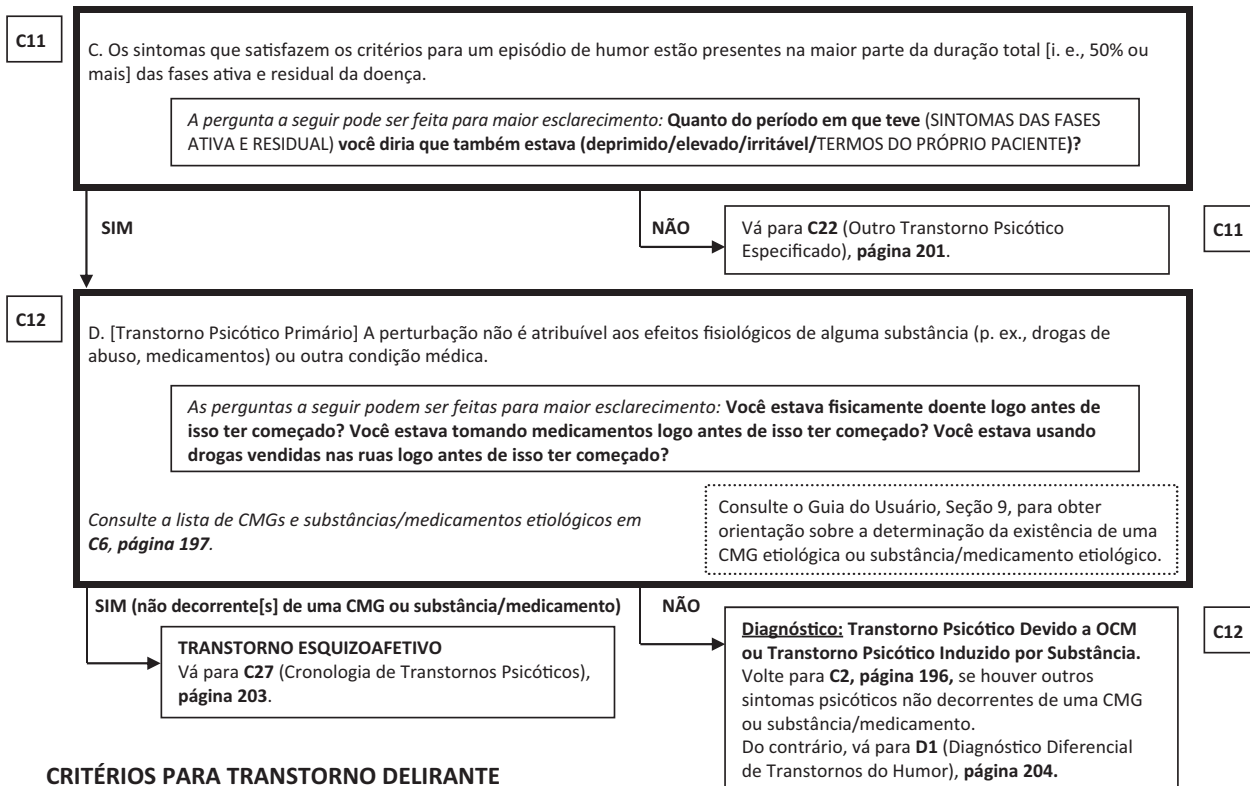


CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO ESQUIZOFRENIFORME

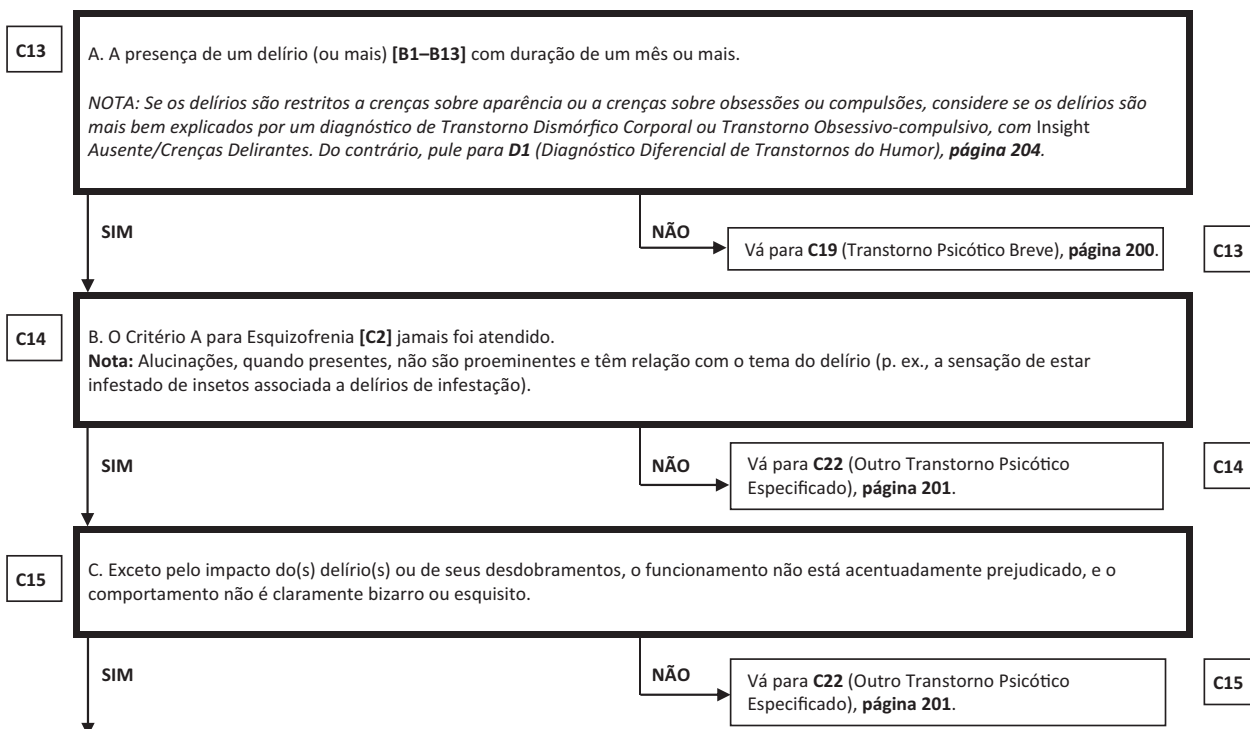


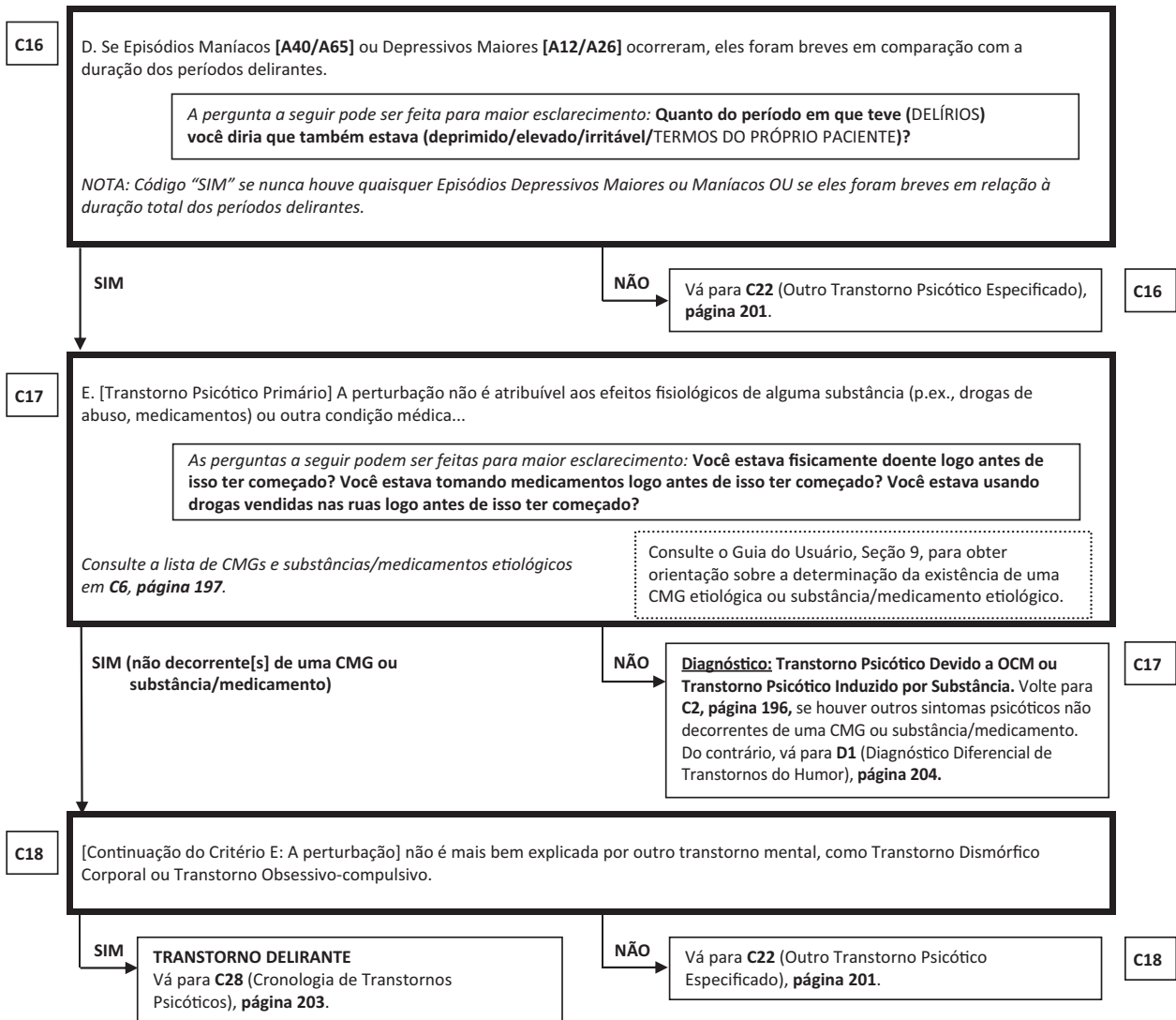
CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO



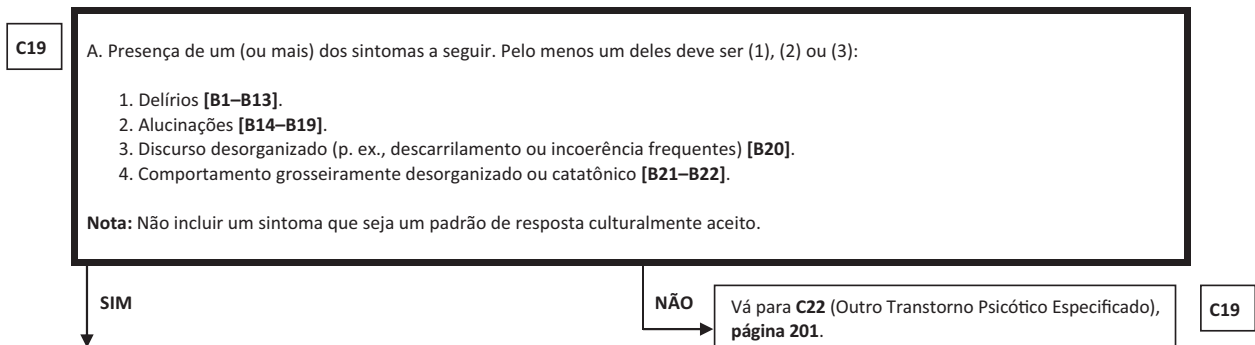


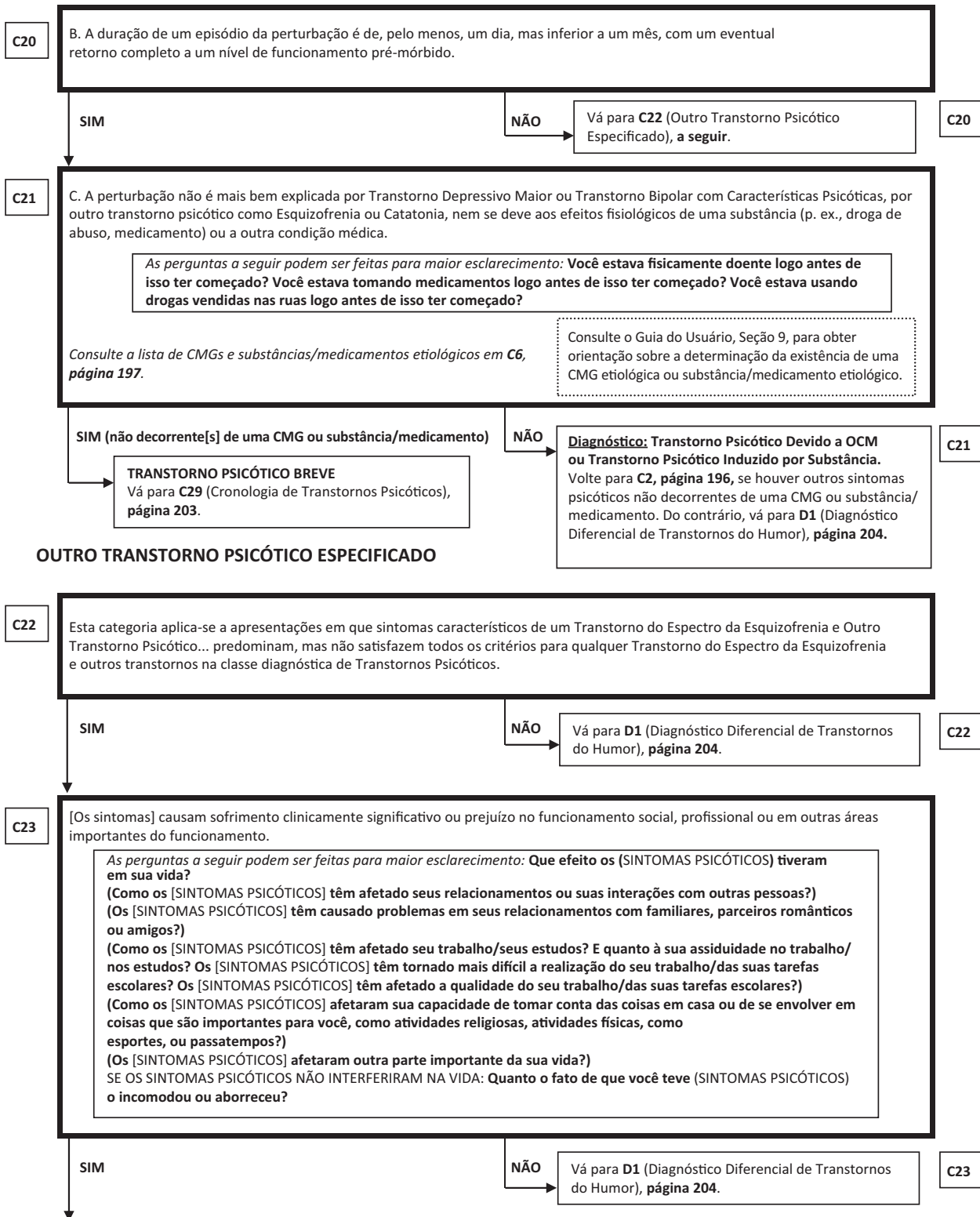
CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DELIRANTE





CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO PSICÓTICO BREVE





C24

[Transtorno Psicótico Primário] A perturbação não é atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p. ex., drogas de abuso, medicamentos) ou outra condição médica.

*As perguntas a seguir podem ser feitas para maior esclarecimento: **Você estava fisicamente doente logo antes de isso ter começado? Você estava tomando medicamentos logo antes de isso ter começado? Você estava usando drogas vendidas nas ruas logo antes de isso ter começado?***

Consulte a lista de CMGs e substâncias/medicamentos etiológicos em C6, página 197.

Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico.

SIM (não decorrente[s] de uma CMG ou substância/medicamento)

OUTRO TRANSTORNO PSICÓTICO ESPECIFICADO
Vá para C30 (Cronologia de Transtornos Psicóticos),
página 203.

NÃO

Diagnóstico: Transtorno Psicótico Devido a OCM
ou Transtorno Psicótico Induzido por Substância.
Volte para C2, página 196, se houver outros
sintomas psicóticos não decorrentes de uma CMG
ou substância/medicamento. Do contrário, vá para D1
(Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor),
página 204.

C24

CRONOLOGIA DE TRANSTORNOS PSICÓTICOS

C25	<p>→ Para ESQUIZOFRENIA:</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Durante o último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), você teve (SINTOMAS PSICÓTICOS)?</p>	<p>Os critérios para a fase ativa (exceto a duração) foram satisfeitos em algum momento no último mês, i. e., dois ou mais de (1) delírios, (2) alucinações, (3) discurso desorganizado, (4) comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico ou (5) sintomas negativos, e um deles é (1), (2) ou (3).</p> <p>NÃO SIM ↓ ↓ História médica anterior Atual</p> <p>Diagnóstico: Esquizofrenia Continue com D1 (Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor), página 204.</p>	C25
C26	<p>→ Para TRANSTORNO ESQUIZOFRENIFORME:</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Durante o último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), você teve (SINTOMAS PSICÓTICOS)?</p>	<p>Os critérios para a fase ativa (exceto a duração) foram satisfeitos em algum momento no último mês, i. e., dois ou mais de (1) delírios, (2) alucinações, (3) discurso desorganizado, (4) comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico, ou (5) sintomas negativos, e um deles é (1), (2) ou (3).</p> <p>NÃO SIM ↓ ↓ História médica anterior Atual</p> <p>Diagnóstico: Transtorno Esquizofreniforme. Continue com D1 (Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor), página 204.</p>	C26
C27	<p>→ Para TRANSTORNO ESQUIZOAFETIVO:</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Durante o último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), você teve (SINTOMAS PSICÓTICOS) ou (SINTOMAS DEPRESSIVOS OU MANÍACOS)?</p>	<p>(1) Um episódio de humor maior (Depressivo Maior ou Maníaco) concomitante com o Critério A da Esquizofrenia em algum momento do último mês ou (2) delírios ou alucinações na ausência de episódio de humor maior em algum momento do último mês.</p> <p>NÃO SIM ↓ ↓ História médica anterior Atual</p> <p>Diagnóstico: Transtorno Esquizoafetivo Tipo Bipolar: Se Episódio Maníaco fizer parte da apresentação. Tipo Depressivo: Se somente Episódios Depressivos Maiores fizerem parte da apresentação. Continue com D1 (Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor), página 204.</p>	C27
C28	<p>→ Para TRANSTORNO DELIRANTE:</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Durante o último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), você teve (DELÍRIOS)?</p>	<p>Delírios em algum momento do último mês.</p> <p>NÃO SIM ↓ ↓ História médica anterior Atual</p> <p>Diagnóstico: Transtorno Delirante. Continue com D1 (Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor), página 204.</p>	C28
C29	<p>→ Para TRANSTORNO PSICÓTICO BREVE:</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Durante o último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), você teve (SINTOMAS PSICÓTICOS)?</p>	<p>Um ou mais dos seguintes em algum momento do último mês: (1) delírios, (2) alucinações, (3) discurso desorganizado, (4) comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico, um deles é (1), (2) ou (3).</p> <p>NÃO SIM ↓ ↓ História médica anterior Atual</p> <p>Diagnóstico: Transtorno Psicótico Breve. Continue com D1 (Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor), página 204.</p>	C29
C30	<p>→ Para OUTRO TRANSTORNO PSICÓTICO ESPECIFICADO:</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Durante o último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), você teve (SINTOMAS PSICÓTICOS)?</p>	<p>Sintomas psicóticos no último mês.</p> <p>NÃO SIM ↓ ↓ História médica anterior Atual</p> <p>Diagnóstico: Outro Transtorno do Espectro da Esquizofrenia Especificado/Não Especificado ou Outro Transtorno Psicótico. Continue com D1 (Diagnóstico Diferencial de Transtornos do Humor), página 204.</p>	C30

D. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRANSTORNOS DO HUMOR

D1 Se nunca houve quaisquer sintomas de humor clinicamente significativos ou se todos os sintomas de humor são explicados por um diagnóstico de Transtorno Esquizoafetivo, vá para **E1** (Transtornos por Uso de Substâncias), **página 212**. Do contrário, continue com **D2**. **D1**

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I

D2 A. Foram atendidos os critérios para pelo menos um Episódio Maníaco [A40/A65].

SIM

NÃO

Vá para **D4** (Transtorno Bipolar Tipo II), a seguir. **D2**

D3 B. A ocorrência do(s) Episódio(s) Maníaco(s) e Depressivo(s) Maior(es) não é mais bem explicada por Transtorno Esquizoafetivo, Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Outro [...] Transtorno Psicótico Especificado.

SIM

NÃO

Vá para **D4** (Transtorno Bipolar Tipo II), a seguir. **D3**

TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I

Indique o tipo de Episódio Atual ou Mais Recente:

1—Maníaco

2—Depressivo Maior

3—Hipomaníaco

4—Não Especificado (i. e., os critérios, exceto a duração, são atualmente satisfeitos para um Episódio Maníaco, Hipomaníaco ou Depressivo Maior)

Continue com **D17** (Cronologia de Transtornos Bipolares), **página 208**.

CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO BIPOLAR TIPO II

D4 A. Foram atendidos os critérios para pelo menos um Episódio Hipomaníaco [A53/A77] e pelo menos um Episódio Depressivo Maior [A12/A26].

SIM

NÃO

Vá para **D8** (Outro Transtorno Bipolar Especificado), **página 205**. **D4**

D5 B. Nunca houve um Episódio Maníaco.

SIM

NÃO

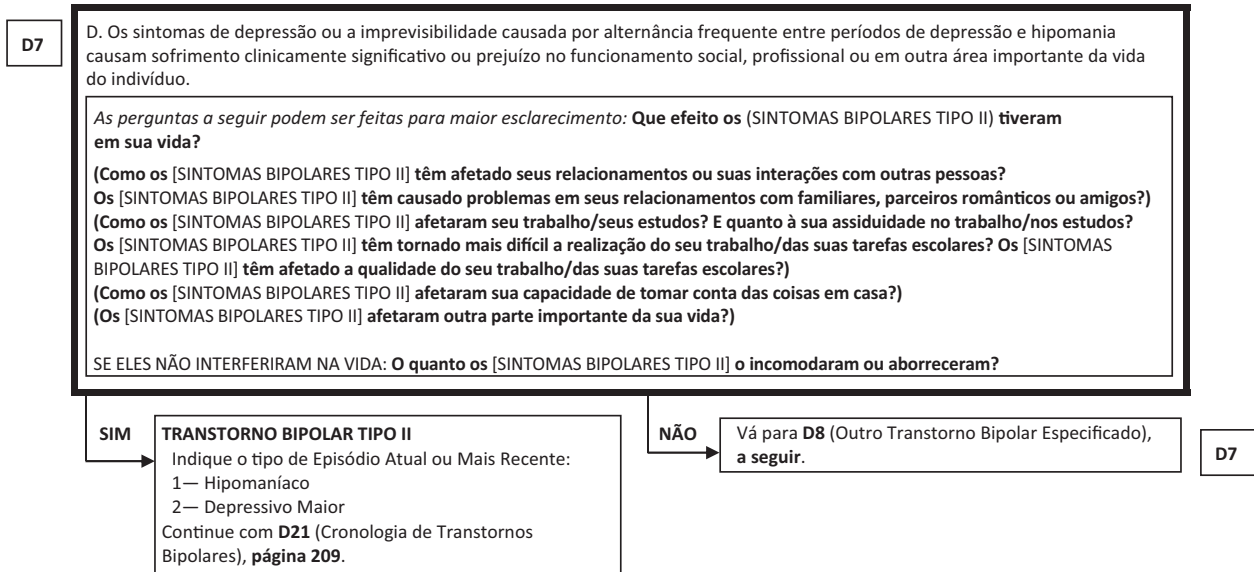
Vá para **D2** (Critérios para Transtorno Bipolar Tipo I), **acima**. **D5**

D6 C. A ocorrência do(s) Episódio(s) Hipomaníaco(s) e Depressivo(s) Maior(es) não é mais bem explicada por Transtorno Esquizoafetivo, Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Outro [...] Transtorno Psicótico Especificado.

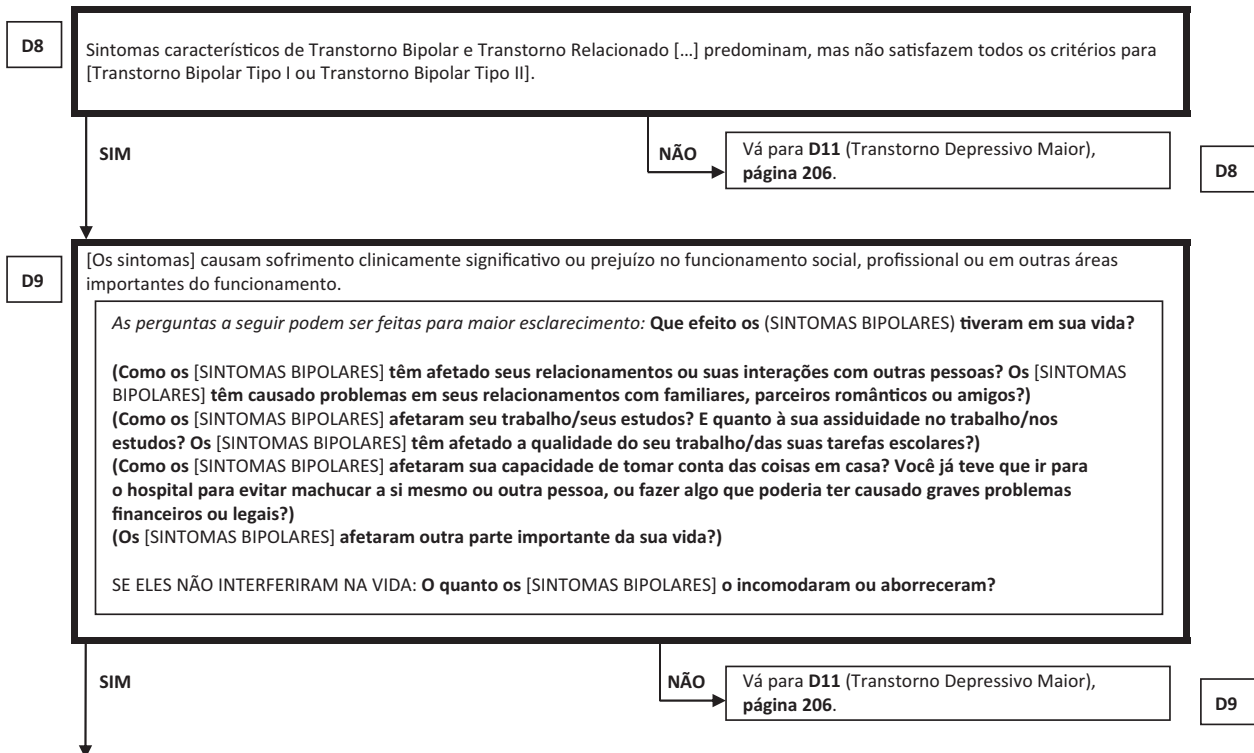
SIM

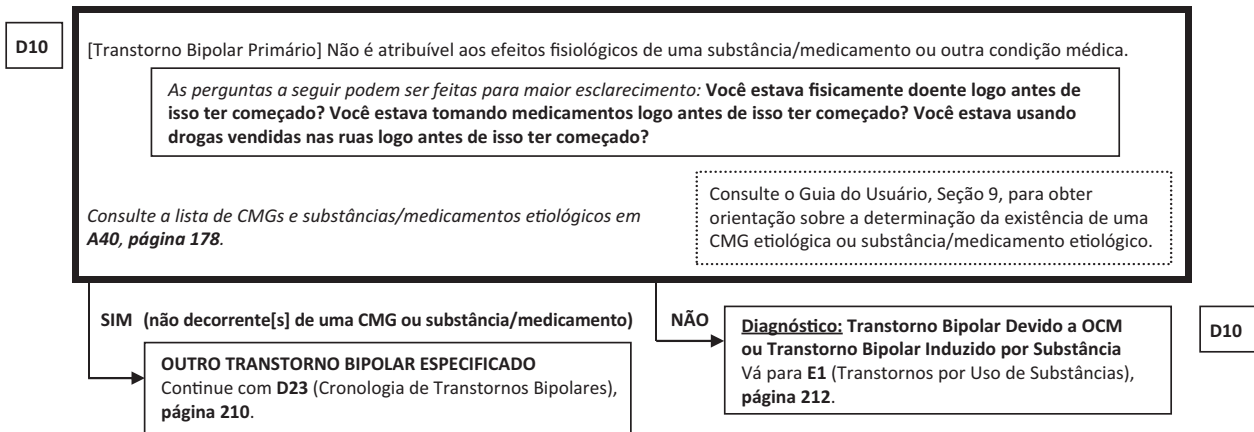
NÃO

Vá para **D8** (Outro Transtorno Bipolar Especificado), **página 205**. **D6**

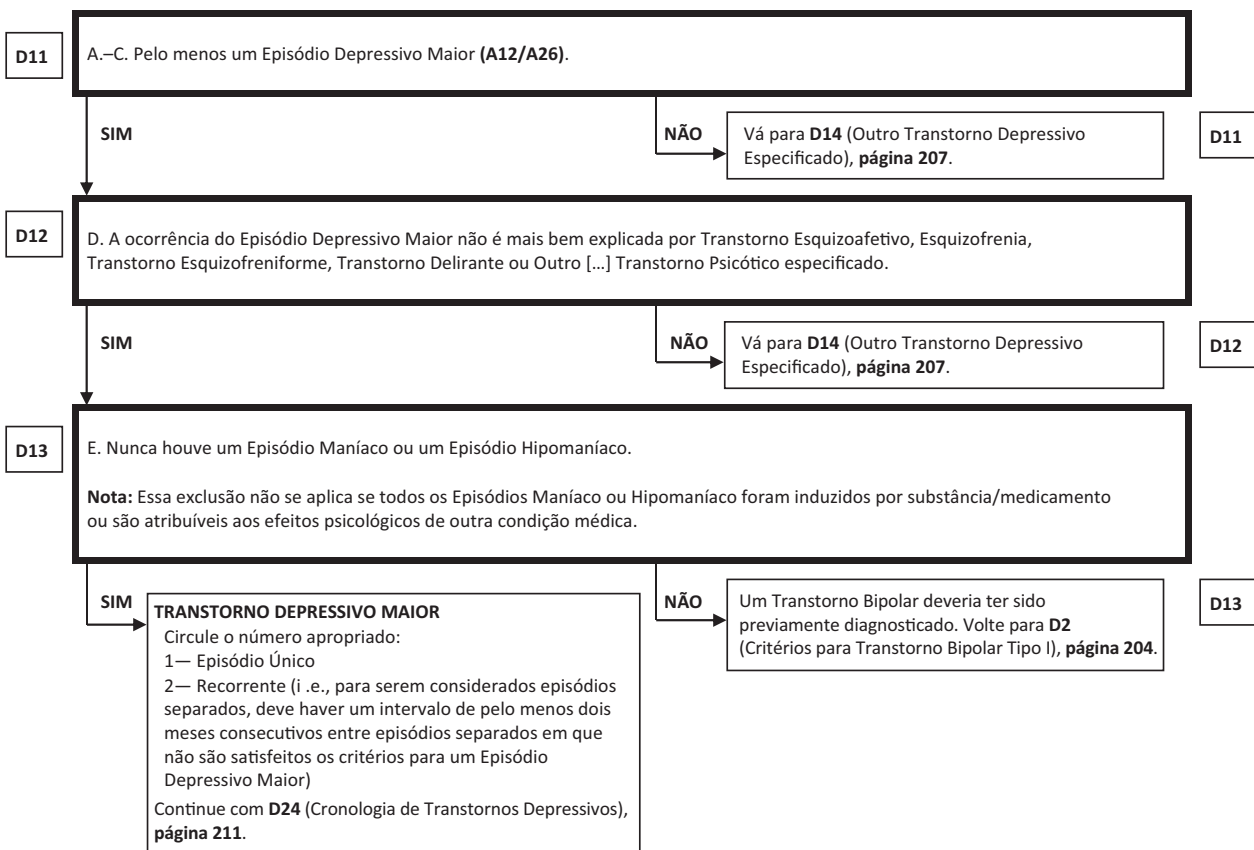


OUTRO TRANSTORNO BIPOLAR ESPECIFICADO (incluindo Transtorno Ciclotímico)

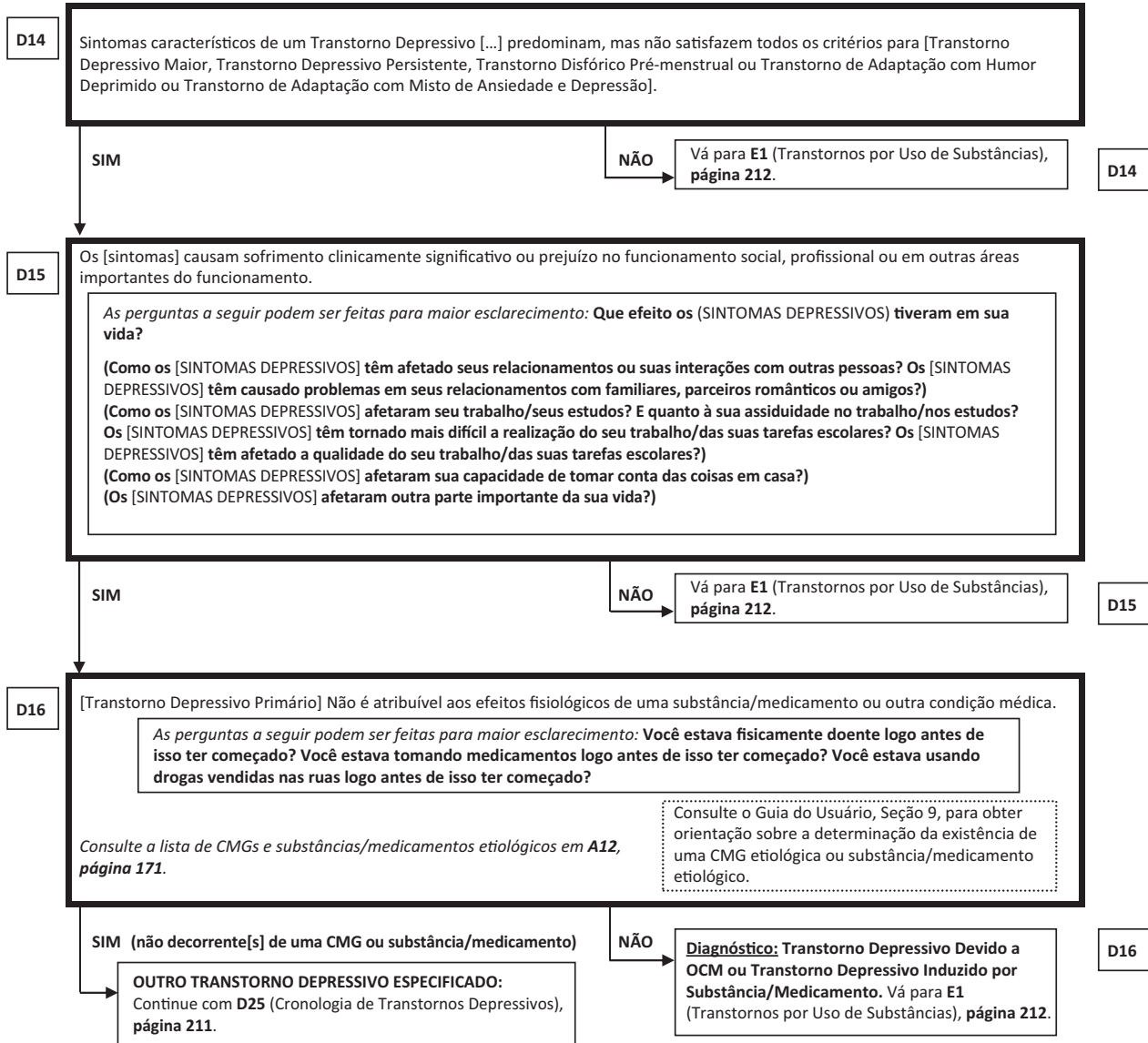




CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR

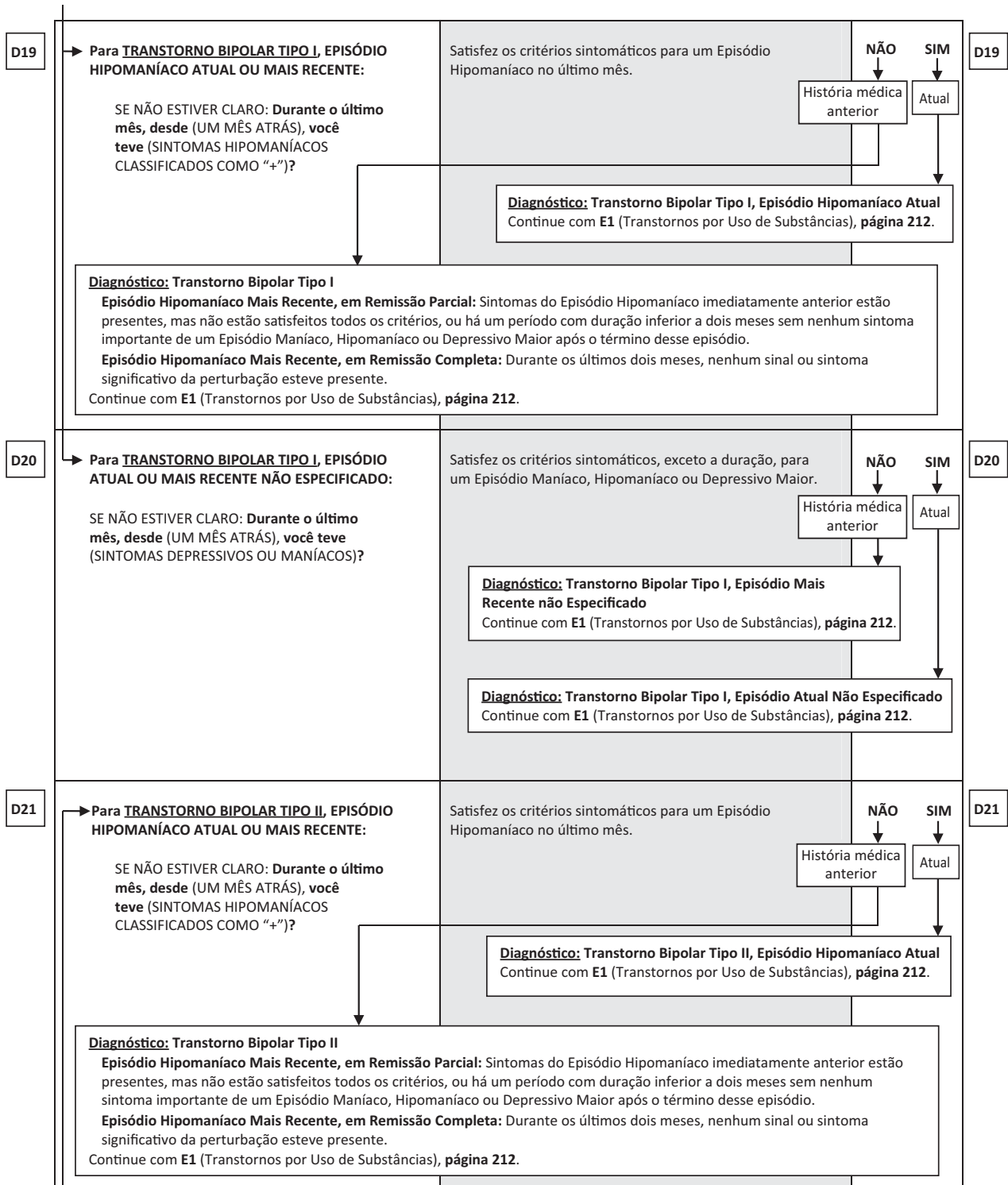


OUTRO TRANSTORNO DEPRESSIVO ESPECIFICADO



CRONOLOGIA DE TRANSTORNOS BIPOLARES

D17	<p>→ Para TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I, EPISÓDIO MANÍACO ATUAL OU MAIS RECENTE:</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Durante o último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), você teve (SINTOMAS MANÍACOS CLASSIFICADOS COMO "+")?</p>	<p>Satisfaz os critérios sintomáticos para um Episódio Maníaco no último mês.</p>	<p>NÃO SIM</p>	D17
			<p>História médica anterior Atual</p>	
	<p>Diagnóstico: Transtorno Bipolar Tipo I</p> <p>Episódio Maníaco Atual, Leve: Os critérios sintomáticos mínimos para um Episódio Maníaco foram satisfeitos.</p> <p>Episódio Maníaco Atual, Moderado: Aumento extremo na atividade ou julgamento prejudicado.</p> <p>Episódio Maníaco Atual, Grave: É necessária supervisão quase contínua para prevenir lesão a si ou a outras pessoas.</p> <p>Episódio Maníaco Atual, com Características Psicóticas: Delírios ou alucinações estão presentes a qualquer momento no episódio.</p> <p>Continue com E1 (Transtornos por Uso de Substâncias), página 212.</p>			
	<p>Diagnóstico: Transtorno Bipolar Tipo I</p> <p>Episódio Maníaco Mais Recente, em Remissão Parcial: Sintomas do Episódio Maníaco imediatamente anterior estão presentes, mas não estão satisfeitos todos os critérios, ou há um período com duração inferior a dois meses sem nenhum sintoma importante de um Episódio Maníaco, Hipomaniaco ou Depressivo Maior após o término desse episódio.</p> <p>Episódio Maníaco Mais Recente, em Remissão Completa: Durante os últimos dois meses, nenhum sinal ou sintoma significativo da perturbação esteve presente.</p> <p>Continue com E1 (Transtornos por Uso de Substâncias), página 212.</p>			
D18	<p>→ Para TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I, EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL OU MAIS RECENTE:</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Durante o último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), você teve (SINTOMAS DEPRESSIVOS CLASSIFICADOS COMO "+")?</p>	<p>Satisfaz os critérios sintomáticos para um Episódio Depressivo Maior no último mês.</p> <p><i>NOTA: Caso tenham sido satisfeitos, simultaneamente, todos os critérios para um Episódio Maníaco Atual e um Episódio Depressivo Maior, o indivíduo é considerado como tendo um Episódio Maníaco Atual (classificado anteriormente em D17) e não um Episódio Depressivo Maior Atual.</i></p>	<p>NÃO SIM</p>	D18
			<p>História médica anterior Atual</p>	
	<p>Diagnóstico: Transtorno Bipolar Tipo I</p> <p>Episódio Depressivo Atual, Leve: Estão presentes poucos sintomas, ou nenhum, que excedam os necessários para preenchimento dos critérios diagnósticos, a intensidade dos sintomas causa sofrimento, mas é manejável, e os sintomas resultam em prejuízo menor ao funcionamento social ou profissional.</p> <p>Episódio Depressivo Atual, Moderado: A quantidade de sintomas, sua intensidade e/ou o prejuízo funcional estão entre aqueles especificados para "leve" e "grave".</p> <p>Episódio Depressivo Atual, Grave: A quantidade de sintomas excede substancialmente aqueles necessários para fazer um diagnóstico, a intensidade deles causa sofrimento grave e é de difícil manejo, e eles interferem no funcionamento social e profissional de forma acentuada.</p> <p>Episódio Depressivo Atual, com Características Psicóticas: Delírios ou alucinações estão presentes a qualquer momento no episódio.</p> <p>Continue com E1 (Transtornos por Uso de Substâncias), página 212.</p>			
	<p>Diagnóstico: Transtorno Bipolar Tipo I</p> <p>Episódio Depressivo Mais Recente, em Remissão Parcial: Sintomas do episódio depressivo maior imediatamente anterior estão presentes, mas não estão satisfeitos todos os critérios, ou há um período com duração inferior a dois meses sem nenhum sintoma importante de um Episódio Maníaco, Hipomaniaco ou Depressivo Maior após o término desse episódio.</p> <p>Episódio Depressivo Mais Recente, em Remissão Completa: Durante os últimos dois meses, nenhum sinal ou sintoma significativo da perturbação esteve presente.</p> <p>Continue com E1 (Transtornos por Uso de Substâncias), página 212.</p>			



D22	<p>→ Para TRANSTORNO BIPOLAR TIPO II, EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL OU MAIS RECENTE:</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Durante o último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), você teve (SINTOMAS DEPRESSIVOS CLASSIFICADOS COMO "+")?</p>	<p>Satisfezo os critérios sintomáticos para um Episódio Depressivo Maior no último mês.</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>História médica anterior Atual</p>	D22
<p>Diagnóstico: Transtorno Bipolar Tipo II</p> <p>Episódio Depressivo Atual, Leve: Estão presentes poucos sintomas, ou nenhum, que excedam os necessários para preenchimento dos critérios diagnósticos, a intensidade dos sintomas causa sofrimento, mas é manejável, e os sintomas resultam em prejuízo menor ao funcionamento social ou profissional.</p> <p>Episódio Depressivo Atual, Moderado: A quantidade de sintomas, sua intensidade e/ou o prejuízo funcional estão entre aqueles especificados para "leve" e "grave".</p> <p>Episódio Depressivo Atual, Grave: A quantidade de sintomas excede substancialmente aqueles necessários para fazer um diagnóstico, sua intensidade causa sofrimento sério e são de difícil manejo, e eles interferem no funcionamento social e profissional de forma acentuada.</p> <p>Episódio Depressivo Atual, com Características Psicóticas: Delírios ou alucinações estão presentes a qualquer momento no episódio.</p> <p>Continue com E1 (Transtornos por Uso de Substâncias), página 212.</p>				
<p>Diagnóstico: Transtorno Bipolar Tipo II</p> <p>Episódio Depressivo Mais Recente, em Remissão Parcial: Sintomas do Episódio Depressivo Maior imediatamente anterior estão presentes, mas não estão satisfeitos todos os critérios, ou há um período com duração inferior a dois meses sem nenhum sintoma importante de um Episódio Maníaco, Hipomaníaco ou Depressivo Maior após o término desse episódio.</p> <p>Episódio Depressivo Mais Recente, em Remissão Completa: Durante os últimos dois meses, nenhum sinal ou sintoma significativo da perturbação esteve presente.</p> <p>Continue com E1 (Transtornos por Uso de Substâncias), página 212.</p>				
D23	<p>→ Para OUTRO TRANSTORNO BIPOLAR ESPECIFICADO:</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Durante o último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), você teve (SINTOMAS DEPRESSIVOS OU MANÍACOS)?</p>	<p>Os sintomas característicos de Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo estiveram presentes no último mês.</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>História médica anterior Atual</p>	D23
<p>Diagnóstico: Outro Transtorno Bipolar e Transtorno Relacionado Especificado (OU Não Especificado)</p> <p>Continue com E1 (Transtornos por Uso de Substâncias), página 212.</p>				

CRONOLOGIA DE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

D24	<p>→ Para TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR:</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Durante o último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), você teve (SINTOMAS DEPRESSIVOS CLASSIFICADOS COMO "+")?</p>	<p>Satisfeitos os critérios sintomáticos para um Episódio Depressivo Maior no último mês.</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>História médica anterior Atual</p>	D24
		<p>Diagnóstico: Transtorno Depressivo Maior</p> <p>Episódio Único Leve/Episódio Recorrente Leve: Estão presentes poucos sintomas, ou nenhum, que excedam os necessários para preenchimento dos critérios diagnósticos, a intensidade dos sintomas causa sofrimento, mas é manejável, e os sintomas resultam em prejuízo menor ao funcionamento social ou profissional.</p> <p>Episódio Único Moderado/Episódio Recorrente Moderado: A quantidade de sintomas, sua intensidade e/ou o prejuízo funcional estão entre aqueles especificados para "leve" e "grave".</p> <p>Episódio Único Grave/Episódio Recorrente Grave: A quantidade de sintomas excede substancialmente aqueles necessários para fazer um diagnóstico, sua intensidade causa sofrimento sério e são de difícil manejo, e eles interferem no funcionamento social e profissional de forma acentuada.</p> <p>Episódio Único com Características Psicóticas/Episódio Recorrente com Características Psicóticas: Delírios ou alucinações estão presentes a qualquer momento no episódio.</p> <p>Continue com E1 (Transtornos por Uso de Substâncias), página 212.</p>		
		<p>Diagnóstico: Transtorno Depressivo Maior</p> <p>Episódio Único em Remissão Parcial/Episódio Recorrente em Remissão Parcial: Sintomas do Episódio Depressivo Maior imediatamente anterior estão presentes, mas não são satisfeitos todos os critérios, ou há um período com duração inferior a dois meses sem nenhum sintoma importante de um Episódio Maníaco, Hipomaníaco ou Depressivo Maior após o término desse episódio.</p> <p>Episódio Único em Remissão Completa/Episódio Recorrente em Remissão Completa: Durante os últimos dois meses, nenhum sinal ou sintoma significativo da perturbação esteve presente.</p> <p>Continue com E1 (Transtornos por Uso de Substâncias), página 212.</p>		
D25	<p>→ Para OUTRO TRANSTORNO DEPRESSIVO ESPECIFICADO:</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Durante o último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), você teve (SINTOMAS DEPRESSIVOS)?</p>	<p>Os sintomas depressivos que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo estiveram presentes no último mês.</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>História médica anterior Atual</p>	D25
		<p>Diagnóstico: Outro Transtorno Depressivo Especificado (OU Não Especificado)</p> <p>Continue com E1 (Transtornos por Uso de Substâncias), página 212.</p>		

E. TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS

Transtorno por Uso de Álcool (nos últimos 12 meses)

E1	Quais são os seus hábitos de consumo de bebidas? (Quanto você bebe? Você consumiu álcool pelo menos seis vezes nos últimos 12 meses, isto é, desde [UM ANO ATRÁS]?)			E1
	SE NÃO BEBEU PELO MENOS SEIS VEZES NOS ÚLTIMOS 12 MESES, PULE PARA E14 (Transtorno por Uso de Substâncias Não Alcoólicas), página 215.			
	TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL NOS ÚLTIMOS 12 MESES	CRITÉRIOS DE TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL		
	Agora, eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre seus hábitos de consumo de bebidas nos últimos 12 meses, desde (UM ANO ATRÁS)...	A. Um padrão problemático de uso de álcool, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:		
E2	Durante os últimos 12 meses... ...depois de começar a beber, você achou que acabou bebendo muito mais do que <u>pretendia</u> ? Por exemplo, você planejava tomar apenas uma ou duas doses, mas acabou bebendo muito mais. (Conte-me sobre isso. Com que frequência isso aconteceu?) SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a beber por um período de tempo muito maior do que você estava <u>pretendendo</u> ?	1. Álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades OU por um período mais longo do que o pretendido.	— +	E2
E3	...você quis parar, reduzir ou controlar seus hábitos de consumo de bebidas? → SE A RESPOSTA FOR SIM: Quanto tempo esse desejo de parar, reduzir ou controlar seus hábitos de consumo de bebidas durou? → SE A RESPOSTA FOR NÃO: Durante os últimos 12 meses, você já tentou reduzir, parar ou controlar seus hábitos de consumo de bebidas? Quão bem-sucedido você foi? (Você tentou mais de uma vez parar, reduzir ou controlar seus hábitos de consumo de bebidas?)	2. Existe um desejo persistente OU esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool.	— +	E3
E4	...você passou muito tempo bebendo, bêbado ou de ressaca? (Quanto tempo?)	3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de álcool, na utilização de álcool ou na recuperação de seus efeitos.	— +	E4
E5	...você sentiu um forte desejo ou necessidade de beber entre essas vezes que você não estava bebendo? (Quando sentiu uma forte necessidade de beber, houve alguma vez que você teve dificuldade para pensar em qualquer outra coisa?) SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a ter um forte desejo ou necessidade de beber quando esteve próximo de bares ou de pessoas com quem você costuma beber?	4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool.	— +	E5

E6	<p>Durante os últimos 12 meses, desde (UM ANO ATRÁS)...</p> <p>...você faltou ao trabalho ou à escola, ou chegou atrasado com frequência porque estava intoxicado, bêbado ou com muita ressaca?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a ter um mau desempenho no trabalho ou na escola, ou ser reprovado em matérias ou ser expulso da escola por causa dos seus hábitos de consumo de bebidas?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a se envolver em problemas no trabalho ou na escola por causa do seu uso de álcool?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a não tomar conta das coisas em casa por causa de seus hábitos de consumo de bebidas, como garantir que a sua família tenha comida e roupas limpas e que seus filhos vão para a escola e recebam atendimento médico? E quanto a não pagar suas contas?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA QUALQUER UMA DESSAS PERGUNTAS: Com que frequência isso aconteceu?</p>	5. Uso recorrente de álcool resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa [p. ex., ausências repetidas ou baixo desempenho profissional relacionado ao uso de álcool; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas ao álcool; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos].	— +	E6
E7	<p>...os seus hábitos de consumo de bebidas lhe causaram problemas com outras pessoas, como membros da família, amigos ou pessoas no trabalho? (Você se viu entrando em discussões frequentes sobre o que acontece quando bebe demais? Você se envolveu em lutas corporais quando estava bêbado?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Você continuou bebendo mesmo assim? (Por qual período de tempo?)</p>	6. Uso continuado de álcool apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos do álcool [p. ex., discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; agressões físicas].	— +	E7
E8	<p>...você teve que abrir mão ou reduzir o tempo que passou no trabalho ou na escola, com familiares ou amigos, ou dedicado a coisas que gosta de fazer (como esportes, cozinhar, outros passatempos) porque estava bebendo ou de ressaca?</p>	7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de álcool.	— +	E8
E9	<p>...você já bebeu algumas doses antes de fazer algo que exija coordenação e concentração, como dirigir, velejar, subir uma escada ou operar maquinaria pesada?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Você diria que a quantidade que bebeu afetou sua coordenação ou concentração, de modo que a probabilidade de você ou outra pessoa se ferir tenha aumentado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM E O MOTIVO FOR DESCONHECIDO: Quantas vezes? (Quando?)</p>	8. Uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física [p.ex., conduzir veículos ou operar máquinas durante comprometimento decorrente do uso de álcool].	— +	E9
E10	<p>...seus hábitos de consumo de bebidas causaram a você problemas como deixá-lo muito deprimido ou ansioso? E quanto a deixá-lo com a "mente nebulosa, não clara", dificultar o seu sono ou fazer com que você não conseguisse se lembrar do que aconteceu enquanto estava bebendo?</p> <p>Os seus hábitos de consumo de bebidas causaram problemas físicos significativos ou pioraram um problema físico, como úlceras estomacais, doenças hepáticas ou pancreatite?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: Você continuou bebendo mesmo assim?</p>	9. O uso de álcool é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool [p. ex., consumo de bebidas continuado, apesar de reconhecer que uma úlcera foi piorada pelo consumo de álcool].	— +	E10

E11	<p>Durante os últimos 12 meses, desde (UM ANO ATRÁS)...</p> <p>...você achou que precisou beber muito mais do que costumava para ter a sensação que desejava em comparação a quando começou a beber?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Quanto mais?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a perceber que, quando você bebeu a mesma quantidade, ela teve muito menos efeito do que antes? (Quanto menos?)</p>	<p>10. Tolerância, conforme definida por um dos seguintes:</p> <p>a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.</p> <p>b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.</p>	<p>— +</p>	E11
E12	<p>...você já teve algum sintoma de abstinência, em outras palavras, sentiu-se mal ao diminuir ou parar de beber?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Que sintomas você teve? (Sudorese ou taquicardia? Tremor na[s] mão[s]? Dificuldades para dormir? Sentiu-se nauseado ou vomitou? Sentiu-se agitado? Sentiu-se ansioso? E quanto a ter uma convulsão ou ver, sentir ou ouvir coisas que não estavam lá?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: Você já começou o dia com uma dose, ou bebeu ou tomou outra droga ou medicamento, com frequência, para evitar ter tremores ou ficar enjoado?</p>	<p>11. Abstinência, conforme manifestada por um dos seguintes:</p> <p>a. [Pelo menos DOIS] dos seguintes sintomas, desenvolvidos no período de algumas horas a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso de álcool, que tenham sido intensos e prolongados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hiperatividade autonômica (p. ex., sudorese ou frequência cardíaca superior a 100 bpm) 2. Tremor aumentado nas mãos 3. Insônia 4. Náusea ou vômito 5. Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias 6. Agitação psicomotora 7. Ansiedade 8. Convulsões tônico-clônicas generalizadas <p>b. Álcool (ou uma substância estreitamente relacionada, como benzodiazepínicos) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.</p>	<p>— +</p>	E12
E13	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Quando os (SINTOMAS DO CRITÉRIO A ANTERIORMENTE [E2–E12] CLASSIFICADOS COMO “+”) ocorreram? (Todos eles aconteceram nos últimos 12 meses?)</p>	<p>PELO MENOS DOIS DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO A PARA USO DE ÁLCOOL ANTERIORES (E2–E12) SÃO CLASSIFICADOS COMO “+” E OS SINTOMAS OCORRERAM NOS ÚLTIMOS 12 MESES.</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>Vá para E14 (Transtornos por Uso de Substâncias Não Alcoólicas), página 215.</p>	E13

Diagnóstico: Transtorno por Uso de Álcool

Leve: Se houver a presença de 2 ou 3 sintomas.

Moderado: Se houver a presença de 4 ou 5 sintomas.

Grave: Se houver a presença de 6 ou mais sintomas.

Continue com E14 (Transtornos por Uso de Substâncias Não Alcoólicas), página 215.

Transtorno por Uso de Substâncias Não Alcoólicas (nos últimos 12 meses)

E14	Agora, eu gostaria de perguntar a você sobre o seu uso de drogas ou medicamentos durante os últimos 12 meses, desde (UM ANO ATRÁS).			E14
	Classes de drogas sobre as quais perguntar	CLASSE DE DROGA USADA NOS ÚLTIMOS 12 MESES		
E15	Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos: Nos últimos 12 meses, você tomou algum comprimido para acalmar-se, ajudá-lo a relaxar ou dormir? (Medicamentos como Valium (diazepam), Frontal, Lorax, Rivotril, Lexotan, Patz, Stilnox, medicamentos tarja preta?) SE A RESPOSTA FOR SIM, especifique a(s) substância(s) usada(s): _____	SIM	NÃO	E15
E16	Cannabis: Nos últimos 12 meses, você usou maconha ("beck", "baseado", "breu", "erva"), haxixe, THC, K2 ou "spice"? SE A RESPOSTA FOR SIM, especifique a(s) droga(s) usada(s): _____	SIM	NÃO	E16
E17	Estimulantes: Nos últimos 12 meses, você usou algum estimulante para lhe dar mais energia, manter-se alerta, perder peso ou ajudá-lo a se concentrar? (Drogas como metanfetamina [ou outros estimulantes], <i>crystal meth</i> , " <i>crank</i> ", Ritalina, Concerta ou metilfenidato, Dexedrina, Adderall ou anfetamina, ou comprimidos para emagrecer prescritos?) E quanto à cocaína ou ao <i>crack</i> ? SE A RESPOSTA FOR SIM, especifique a(s) droga(s) usada(s): _____	SIM	NÃO	E17
E18	Opioides: Nos últimos 12 meses, você usou heroína ou metadona? E quanto a analgésicos prescritos? (Drogas como Tramal, morfina, codeína, oxicodona, Vicodin, Lortab, Lorcet ou hidrocodona, Suboxone ou buprenorfina?) SE A RESPOSTA FOR SIM, especifique a(s) droga(s) usada(s): _____	SIM	NÃO	E18
E19	Fenciclidina (PCP) e substâncias relacionadas: Nos últimos 12 meses, você usou PCP ("pó de anjo", "pílula da paz") ou quetamina? SE A RESPOSTA FOR SIM, especifique a(s) droga(s) usada(s): _____	SIM	NÃO	E19
E20	Outros alucinógenos: Nos últimos 12 meses, você usou alguma droga para "viajar" ou expandir seus sentidos? (Drogas como LSD, "ácido", peiote, mescalina, "cogumelos", psilocibina, <i>ecstasy</i> , MDMA, "bala", sais de banho, santo daime, ayahuasca ou outros alucinógenos?) SE A RESPOSTA FOR SIM, especifique a(s) droga(s) usada(s): _____	SIM	NÃO	E20
E21	Inalantes: Nos últimos 12 meses, você usou cola, tinta, corretivo líquido, gasolina ou outros inalantes para se intoxicar? SE A RESPOSTA FOR SIM, especifique a(s) droga(s) usada(s): _____	SIM	NÃO	E21
E22	Outras: E quanto a outras drogas, como esteroides anabolizantes, óxido nitroso (gás hilariante/gás do riso, "cilindros"), nitritos (nitrito de amila, nitrito de butila, nitrito de alquila ou " <i>poppers</i> "), comprimidos para emagrecer (fentermina) ou fármacos vendidos sem prescrição médica para alergias, resfriados, tosse ou sono? SE A RESPOSTA FOR SIM, especifique a(s) droga(s) usada(s): _____	SIM	NÃO	E22
Se <u>algum</u> dos itens E15–E22 foi classificado com "SIM" (i. e., uso de alguma substância nos últimos 12 meses), continue com as classificações para E15a–E22a a seguir.				
Se todos os itens E15–E22 foram classificados com "NÃO", vá para F1 (Transtorno de Pânico), página 222.				

SE O PACIENTE RECONHECE O USO DE UMA SUBSTÂNCIA DE QUALQUER CLASSE EM **E15–E22**, página 216, PROSSIGA COM ESTAS PERGUNTAS PARA DETERMINAR SE O USO ESTÁ NO LIMAR, OU ACIMA DELE, PARA A AVALIAÇÃO DE TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS:

→ SE FOR UMA DROGA ILÍCITA OU RECREATIVA: **Você usou a (SUBSTÂNCIA) pelo menos seis vezes durante os últimos 12 meses?**

SE A RESPOSTA FOR SIM: **Durante o último ano, quando você usou mais (SUBSTÂNCIA)? Quanto tempo esse período durou? Durante esse período, com que frequência você usou? Quanto utilizou? O uso da (SUBSTÂNCIA) causa problemas a você? Alguém fez objeção ao seu uso de (SUBSTÂNCIA)?**

→ SE FOR UM MEDICAMENTO PRESCRITO/VENDIDO SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA (VSPM): **Durante os últimos 12 meses, você ficou viciado ou se tornou dependente de um (MEDICAMENTO PRESCRITO/VSPM)? Você já tomou mais do que a quantidade prescrita ou esgotou o que lhe foi prescrito antes do previsto? Você já teve que consultar mais de um médico para garantir que não ficaria sem o medicamento?**

	Substâncias usadas (registradas na página 216)	No limiar ou acima dele	Padrão de uso (baseado nas questões)	
E15a	Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos Nome da(s) substância(s) específica(s) usada(s) nesta classe:	SIM NÃO		E15a
E16a	Cannabis Nome da(s) droga(s) específica(s) usada(s) nesta classe:	SIM NÃO		E16a
E17a	Estimulantes Nome da(s) droga(s) específica(s) usada(s) nesta classe:	SIM NÃO		E17a
E18a	Opioides Nome da(s) droga(s) específica(s) usada(s) nesta classe:	SIM NÃO		E18a
E19a	Fenciclidina e substâncias relacionadas Nome da(s) droga(s) específica(s) usada(s) nesta classe:	SIM NÃO		E19a
E20a	Outros alucinógenos Nome da(s) droga(s) específica(s) usada(s) nesta classe:	SIM NÃO		E20a
E21a	Inalantes Nome da(s) droga(s) específica(s) usada(s) nesta classe:	SIM NÃO		E21a
E22a	Outras Nome da(s) droga(s) específica(s) usada(s) nesta classe:	SIM NÃO		E22a

SE QUALQUER CLASSE DE DROGAS ILEGAIS OU RECREATIVAS FOI USADA POR PELO MENOS SEIS VEZES NOS ÚLTIMOS 12 MESES, OU HOUVE ABUSO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS/VSPM DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES (P. EX., TOMAR MAIS DO QUE O PRESCRITO OU RECOMENDADO, CONSULTAR VÁRIOS MÉDICOS PARA OBTER PRESCRIÇÕES), VÁ PARA **E23** (Transtorno por Uso de Substâncias Não Alcoólicas nos últimos 12 meses), **página 217**.

DO CONTRÁRIO (I. E., NENHUMA DROGA FOI USADA PELO MENOS SEIS VEZES E NÃO HÁ EVIDÊNCIAS DE ABUSO DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS/VSPM), vá para **F1** (Transtorno de Pânico), **página 222**.

TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS NÃO ALCOÓLICAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES		CRITÉRIOS DE TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS	
Quais drogas ou medicamentos causaram mais problemas a você nos últimos 12 meses, desde (UM ANO ATRÁS)? Quais foram as que você usou mais? Quais foram as suas "drogas preferidas"?			
E23	Agora, eu gostaria de lhe fazer mais perguntas sobre o uso da (SUBSTÂNCIA USADA MAIS INTENSAMENTE OU QUE CAUSOU MAIS PROBLEMAS) nos últimos 12 meses, desde (UM ANO ATRÁS).	A. Um padrão problemático de uso de substâncias, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:	E23
E24	Durante os últimos 12 meses... ...depois de começar a usar (DROGA), você achou que acabou usando muito mais do que <u>pretendia</u> ? Por exemplo, você planejava usar apenas uma (PEQUENA QUANTIDADE DA DROGA), mas acabou usando muito mais. (Conte-me sobre isso. Com que frequência isso aconteceu?) SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a usar a (DROGA) por um período de tempo muito maior do que você estava <u>pretendendo</u> ?	1. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades OU por um período mais longo do que o pretendido.	E24
E25	...você quis parar ou reduzir o uso da (DROGA), ou controlar seu uso de (DROGA)? SE A RESPOSTA FOR SIM: Quanto tempo esse desejo de parar, reduzir ou controlar seu uso de (DROGA) durou? SE A RESPOSTA FOR NÃO: Durante o último ano, você já tentou reduzir, parar ou controlar seu uso de (DROGA)? Quão bem-sucedido você foi? (Você tentou mais uma vez parar, reduzir ou controlar seu uso de [DROGA]?)	2. Existe um desejo persistente OU esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.	E25
E26	...você gastou muito tempo para conseguir (DROGA) ou usando (DROGA) ou levou muito tempo para superar os efeitos da (DROGA)? (Quanto tempo?)	3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, em sua utilização ou na recuperação de seus efeitos.	E26
E27	...você sentiu um forte desejo ou necessidade de usar (DROGA) entre essas vezes que você não estava usando (DROGA)? (Quando sentiu uma forte necessidade de usar [DROGA], houve alguma vez que você teve dificuldade para pensar em qualquer outra coisa?) SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a ter um forte desejo ou necessidade de usar (DROGA) quando você esteve próximo de pessoas com quem usou (DROGA)?	4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar a substância.	E27

E28	<p>Durante os últimos 12 meses, desde (UM ANO ATRÁS)...</p> <p>...você faltou ao trabalho ou à escola, ou chegou atrasado com frequência porque estava intoxicado, "chapado" ou recuperando-se da noite anterior?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a ter um mau desempenho no trabalho ou na escola, ou ser reprovado em matérias ou ser expulso da escola por causa do seu uso de (DROGA)?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a se envolver em problemas no trabalho ou na escola por causa do seu uso de (DROGA)?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a não tomar conta das coisas em casa por causa do seu uso de (DROGA), como garantir que a sua família tenha comida e roupas limpas e que seus filhos vão para a escola e recebam atendimento médico? E quanto a não pagar suas contas?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA QUALQUER UMA DESSAS PERGUNTAS: Com que frequência isso aconteceu?</p>		— +	E28
E29	<p>...o seu uso de (DROGA) lhe causou problemas com outras pessoas, como membros da família, amigos ou pessoas no trabalho? (Você se viu entrando em discussões frequentes sobre o uso de [DROGA]? Você se envolveu em lutas corporais quando estava tomando [DROGA]?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Você continuou usando (DROGA) mesmo assim? (Em que período de tempo?)</p>	<p>6. Uso continuado da substância apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos (p. ex., discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; agressões físicas).</p>	— +	E29
E30	<p>...você teve que abrir mão ou reduzir o tempo que passou no trabalho, com familiares ou amigos, ou dedicado a seus passatempos, porque estava usando (DROGA)?</p>	<p>7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.</p>	— +	E30
E31	<p>...você já ficou "chapado" antes de fazer algo que exija coordenação e concentração, como dirigir, velejar, subir uma escada ou operar maquinaria pesada?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM (PARA SUBSTÂNCIAS DIFERENTES DOS ESTIMULANTES): Você diria que seu uso de (DROGA) afetou sua coordenação ou concentração, de modo que a probabilidade de você ou outra pessoa se ferir tenha aumentado?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM (APENAS PARA ESTIMULANTES): Você diria que estar sob efeito do (FÁRMACO ESTIMULANTE) fez com que você dirigisse muito rápido ou se arriscasse desnecessariamente?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA E SE O MOTIVO FOR DESCONHECIDO: Quantas vezes?</p>	<p>8. Uso recorrente de substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física (p. ex., conduzir veículos ou operar máquinas durante comprometimento decorrente do uso de substância).</p>	— +	E31

E32	<p>Durante os últimos 12 meses, desde (UM ANO ATRÁS)...</p> <p>...seu uso de (DROGA) lhe causou quaisquer problemas, como deixá-lo bastante deprimido, ansioso, paranoico, muito irritável ou extremamente agitado? E quanto a desencadear ataques de pânico, dificultar o seu sono, deixá-lo com a "mente nebulosa, não clara" ou fazer com que você não conseguisse se lembrar do que aconteceu enquanto estava usando (DROGA)?</p> <p>O seu uso de (DROGA) já lhe causou problemas físicos, como palpitações cardíacas, tosse ou dificuldade para respirar, constipação ou infecções cutâneas?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: Você continuou usando (DROGA) mesmo assim?</p>	<p>9. O uso da substância é continuado, apesar de estar ciente de apresentar um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi causado ou exacerbado pela substância (p. ex., uso de cocaína recorrente apesar do reconhecimento da depressão relacionada à cocaína).</p>	— +	E32
E33	<p>...você achou que precisou usar uma quantidade muito maior de (DROGA) para ter a sensação que desejava do que quando começou a usá-la?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Quanto mais?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a perceber que, quando você tomou a mesma quantidade, ela teve muito menos efeito do que antes?</p> <p>SE FOR MEDICAMENTO PRESCRITO: Você tomou (DROGA) exatamente como o seu médico disse a você? (Você já tomou mais do que a quantidade prescrita ou esgotou o que lhe foi prescrito antes do previsto? Você já foi a mais de um médico para obter a quantidade de medicamentos que queria?)</p>	<p>10. Tolerância, conforme definida por um dos seguintes:</p> <p>a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.</p> <p>b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade da substância.</p>	— +	E33
E34	<p>O ITEM A SEGUIR NÃO SE APLICA A PCP, ALUCINÓGENOS E INALANTES.</p> <p>...Você já teve algum sintoma de abstinência, em outras palavras, sentiu-se mal ao diminuir ou parar de usar (DROGA)?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Que sintomas você teve? (Consulte a lista de sintomas de abstinência na página 221).</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Depois de ficar sem usar (DROGA) por algumas horas, você usou essa droga ou algo semelhante para evitar experimentar (SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA)?</p> <p>SE FOR MEDICAMENTO PRESCRITO: Você o tomou da forma exata que o seu médico lhe disse? (Você já tomou mais do que a quantidade prescrita ou esgotou o que lhe foi prescrito antes do previsto? Você já teve que consultar mais do que um médico para garantir que não ficaria sem o medicamento?)</p>	<p>11. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:</p> <p>a. A síndrome de abstinência característica para a substância [ver página 221].</p> <p>b. A mesma substância (ou outra estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.</p> <p>NOTA: Este critério se aplica ao uso dos seguintes: sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; Cannabis; estimulantes/cocaína; e opioides. Como no DSM-5, este critério <u>não</u> se aplica a PCP, alucinógenos ou inalantes.</p> <p>NOTA: Este critério é desconsiderado em indivíduos cujo uso de opioides; sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; ou medicamentos estimulantes se dá unicamente sob supervisão médica.</p>	— +	E34
E35	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Quando os (SINTOMAS DO CRITÉRIO A ACIMA [E24–E34] CLASSIFICADOS COMO “+” ocorreram? (Todos eles aconteceram nos últimos 12 meses?)</p>	<p>PELO MENOS DOIS DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO A PARA USO DE SUBSTÂNCIAS ACIMA (E24–E34) SÃO CLASSIFICADOS COMO “+” E OS SINTOMAS OCORRERAM NOS ÚLTIMOS 12 MESES.</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓ ↓</p>	E35
<p>Se houve uso limiar de outras classes de droga no último ano (seis vezes ou mais em 12 meses ou abuso de medicamentos prescritos), volte para E23 na página 217 e reavalie, em sequência, os critérios para cada classe de droga usada no limiar, até que cada critério seja satisfeito para um Transtorno por Uso de Substâncias nos últimos 12 meses, ou até que os critérios não sejam preenchidos para nenhuma classe de droga. Se nenhuma classe de droga satisfizer os critérios de forma definitiva, continue com F1 (Transtorno de Pânico), página 222.</p> <p>Continue com E36, a seguir.</p>				

E36

Diagnóstico baseado na classe de droga e no número de sintomas; indique o diagnóstico circulando o transtorno por uso de substâncias específico e o nível de gravidade abaixo:

E36

Transtorno por Uso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos**Leve:** Se houver a presença de 2 ou 3 sintomas**Moderado:** Se houver a presença de 4 ou 5 sintomas**Grave:** Se houver a presença de 6 ou mais sintomas*Substância específica utilizada:* _____**Transtorno por Uso de Cannabis****Leve:** Se houver a presença de 2 ou 3 sintomas**Moderado:** Se houver a presença de 4 ou 5 sintomas**Grave:** Se houver a presença de 6 ou mais sintomas*Substância específica utilizada:* _____**Transtorno por Uso de Estimulantes***(incluindo anfetaminas, cocaína e outros estimulantes)***Leve:** Se houver a presença de 2 ou 3 sintomas**Moderado:** Se houver a presença de 4 ou 5 sintomas**Grave:** Se houver a presença de 6 ou mais sintomas*Substância específica utilizada:* _____**Transtorno por Uso de Opióide****Leve:** Se houver a presença de 2 ou 3 sintomas**Moderado:** Se houver a presença de 4 ou 5 sintomas**Grave:** Se houver a presença de 6 ou mais sintomas*Substância específica utilizada:* _____**Transtorno por Uso de Fenciclidina e de Substâncias Relacionadas****Leve:** Se houver a presença de 2 ou 3 sintomas**Moderado:** Se houver a presença de 4 ou 5 sintomas**Grave:** Se houver a presença de 6 ou mais sintomas*Substância específica utilizada:* _____**Transtorno por Uso de Outros Alucinógenos****Leve:** Se houver a presença de 2 ou 3 sintomas**Moderado:** Se houver a presença de 4 ou 5 sintomas**Grave:** Se houver a presença de 6 ou mais sintomas*Substância específica utilizada:* _____**Transtorno por Uso de Inalantes****Leve:** Se houver a presença de 2 ou 3 sintomas**Moderado:** Se houver a presença de 4 ou 5 sintomas**Grave:** Se houver a presença de 6 ou mais sintomas*Substância específica utilizada:* _____**Transtorno por Uso de Outra Substância
(ou Substância Desconhecida)****Leve:** Se houver a presença de 2 ou 3 sintomas**Moderado:** Se houver a presença de 4 ou 5 sintomas**Grave:** Se houver a presença de 6 ou mais sintomas*Substância específica utilizada:* _____

Lista de sintomas de abstinência (dos critérios do DSM-5 para diagnósticos de abstinência de substâncias específicas)

Abaixo, estão listadas as síndromes de abstinência características para essas classes de substâncias psicoativas para as quais uma síndrome de abstinência foi identificada. (NOTA: Não foi identificada uma síndrome de abstinência específica para PCP, ALUCINÓGENOS e INALANTES). Os sintomas de abstinência podem ocorrer após a cessação de uso prolongado, moderado ou intenso de uma substância psicoativa ou após uma redução na quantidade usada.

SEDATIVOS, HIPNÓTICOS OU ANSIOLÍTICOS

Dois (ou mais) dos seguintes sintomas, desenvolvidos no período de algumas horas a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso intenso e prolongado de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos:

1. Hiperatividade autonômica (p. ex., sudorese ou frequência cardíaca superior a 100 bpm).
2. Tremor nas mãos.
3. Insônia.
4. Náusea ou vômito.
5. Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias.
6. Agitação psicomotora.
7. Ansiedade.
8. Convulsões do tipo grande mal.

CANNABIS

Três (ou mais) dos seguintes sinais e sintomas desenvolvidos em, aproximadamente, uma semana após a cessação do uso pesado e prolongado de *Cannabis* (i. e., normalmente uso diário ou quase diário durante um período mínimo de alguns meses).

1. Irritabilidade, raiva ou agressividade.
2. Nervosismo ou ansiedade.
3. Dificuldade para dormir (p. ex., insônia, sonhos perturbadores).
4. Apetite reduzido ou perda de peso.
5. Inquietação.
6. Humor deprimido.
7. Pelo menos um dos seguintes sintomas físicos causando desconforto significativo: dor abdominal, abalos/tremores, sudorese, febre, calafrios ou cefaleia.

ESTIMULANTES/COCAÍNA

Humor disfórico E duas (ou mais) das seguintes mudanças fisiológicas, desenvolvidos dentro de um intervalo de poucas horas até vários dias após a cessação (ou a redução) do uso prolongado de substância tipo anfetamina, cocaína ou outro estimulante:

1. Fadiga.
2. Sonhos vívidos e desagradáveis.
3. Insônia ou hipersonia.
4. Aumento do apetite.
5. Retardo ou agitação psicomotora.

OPIOIDES

Três ou mais dos seguintes sintomas, desenvolvidos no prazo de minutos a poucos dias após a cessação (ou redução) do uso intenso e prolongado de opioides (i. e., várias semanas ou mais) ou após a administração de um antagonista de opioides após um período de uso de opioides:

1. Humor disfórico.
2. Náusea ou vômito.
3. Dores musculares.
4. Lacrimação ou rinorreia (coriza).
5. Midríase, piloereção ("arrepios") ou sudorese.
6. Diarreia.
7. Bocejos.
8. Febre.
9. Insônia.

F. TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

	TRANSTORNO DE PÂNICO AO LONGO DA VIDA	CRITÉRIOS DE TRANSTORNO DE PÂNICO		
F1	<p>Você já teve um pico intenso de ansiedade, ou aquilo que se poderia chamar de "ataque de pânico", em que se sentiu subitamente muito amedrontado ou ansioso, ou desenvolveu subitamente muitos sintomas físicos? (Conte-me sobre isso.)</p> <p>Quando foi o último episódio grave? Como foi isso? Como ele começou?</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Os sintomas surgem subitamente?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Quanto tempo levou desde que eles começaram até ficarem muito graves? (Isso aconteceu em poucos minutos?)</p>	<p>A. [Ataque de Pânico] Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou mais) dos seguintes sintomas:</p> <p>Nota: O surto abrupto pode ocorrer a partir de um estado calmo ou de um estado ansioso.</p>	<p>↓ +</p> <p>Vá para F23 (Agorafobia), página 225.</p>	F1
F2	<p>Durante esse ataque...</p> <p>...seu coração palpitou, acelerou ou bateu irregularmente?</p>	1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia.	— +	F2
F3	...você suou?	2. Sudorese.	— +	F3
F4	...você teve tremores ou abalos?	3. Tremores ou abalos.	— +	F4
F5	...você sentiu falta de ar? (Teve dificuldades para respirar? Sentiu-se como se estivesse sufocando?)	4. Sensações de falta de ar ou sufocamento.	— +	F5
F6	...você teve a sensação de ser asfixiado?	5. Sensações de asfixia.	— +	F6
F7	...você sentiu dor ou pressão no tórax?	6. Dor ou desconforto torácico.	— +	F7
F8	...você teve náusea ou irritação estomacal ou a sensação de que iria ter diarreia?	7. Náusea ou desconforto abdominal.	— +	F8
F9	...você se sentiu tonto, instável ou como se fosse desmaiar?	8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio.	— +	F9
F10	...você ficou ruborizado, teve ondas de calor ou calafrios?	9. Calafrios ou ondas de calor.	— +	F10
F11	...você sentiu dormência ou formigamento em partes do seu corpo?	10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento).	— +	F11

F12	<p>...você teve a sensação de que havia se distanciado do seu corpo ou mente, de que o tempo estava andando devagar ou de que você era um observador de seus próprios pensamentos ou movimentos?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a sentir que tudo a sua volta era irreal ou que você estava em um sonho?</p>	11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo).	— +	F12
F13	...você teve medo de estar enlouquecendo ou de que poderia perder o controle?	12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”.	— +	F13
F14	...teve medo de que estivesse morrendo?	13. Medo de morrer.	— +	F14
F15	<p>AO MENOS QUATRO DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO A ACIMA (F2–F14) SÃO CLASSIFICADOS COMO “+”.</p> <p>Além desse que acaba de descrever, você teve outros ataques que tiveram ainda mais sintomas do que aqueles que perguntei a você?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: Volte para F2, página 222, e avalie os sintomas para esse ataque.</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Vá para F23 (Agorafobia), página 225.</p>		<p>NÃO SIM</p> <p>↓ ↓</p> <p>Continue com F16, a seguir.</p>	F15
F16	<p>Alguns desses ataques pareceu vir do nada – em situações em que você não esperava ficar nervoso ou desconfortável?</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR SIM: O que estava acontecendo quando o(s) ataque(s) aconteceu(aconteceram)? (O que você estava fazendo naquele momento? Você já estava nervoso ou ansioso naquele momento ou, ao contrário, estava relativamente calmo ou relaxado?) Quantos desses tipos de ataques você teve? (Pelo menos dois?)</p> <p>→ SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto ao primeiro ataque que você teve. O que estava acontecendo em sua vida naquele momento? O que você estava fazendo naquele momento? Você já estava nervoso ou ansioso naquele momento ou, ao contrário, estava relativamente calmo ou relaxado?)</p> <p>SE O ATAQUE FOR INESPERADO: Quantos desses tipos de ataques você teve? (Pelo menos dois?)</p>	A. Ataques de pânico recorrentes e inesperados.	— +	F16
	Após qualquer desses ataques...	B. Pelo menos um dos ataques foi seguido de um mês (ou mais) de uma ou de ambas as seguintes características:		
F17	<p>...você ficou apreensivo ou preocupado com a possibilidade de ter outro ataque, ou preocupado com a possibilidade de sentir como se estivesse tendo um ataque cardíaco novamente, ou preocupado com a possibilidade de perder o controle ou enlouquecer?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Quanto tempo essa apreensão ou preocupação durou? (Ela durou pelo menos um mês? Quase todos os dias?)</p>	1. Apreensão ou preocupação persistente acerca de ataques de pânico adicionais ou sobre suas consequências (p. ex., perder o controle, ter um ataque cardíaco, “enlouquecer”).	— +	F17

F18	<p>...você fez alguma coisa de forma diferente por causa dos ataques (como evitar determinados lugares ou não sair sozinho)? (E quanto a evitar certas atividades, como exercícios? E quanto a coisas como sempre se certificar de estar perto de um banheiro ou saída?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Quanto tempo isso durou? (Cerca de um mês?)</p>	<p>2. Uma mudança desadaptativa no comportamento relacionado a ataques (p. ex., comportamentos elaborados para evitar ter ataques de pânico, como a esquivas de exercício ou situações desconhecidas).</p>	<p>— +</p>	F18
F19		<p>CRITÉRIO B1 (F17) OU B2 (F18) CLASSIFICADO COMO "+".</p> <p>Vá para F23 (Agorafobia), página 225.</p>	<p>NÃO SIM</p>	F19
F20	<p>SE FOR DESCONHECIDO: Quando seus ataques de pânico iniciaram?</p> <p>Logo antes de começar a ter ataques de pânico, você estava tomando alguma droga, cafeína, comprimidos para emagrecer ou outro medicamento?</p> <p>(Quanto café, chá ou bebidas cafeinadas você consome por dia?)</p> <p>Você estava fisicamente doente logo antes de os ataques começarem?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse?</p> <p>Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico.</p>	<p>C. [Transtorno de Ansiedade Primário] A perturbação não é consequência dos efeitos psicológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica (p. ex., hipotireoidismo, doenças cardiopulmonares).</p> <p><u>CMGs etiológicas incluem</u> doença endócrina (p. ex., hipertireoidismo, feocromocitoma, hipoglicemia, <u>hipercortisolismo</u>), distúrbios cardiovasculares (p. ex., insuficiência cardíaca congestiva, embolia pulmonar, arritmias como a fibrilação atrial), doença respiratória (p. ex., doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, pneumonia), distúrbios metabólicos (p. ex., deficiência de vitamina B12, porfiria) e doença neurológica (p. ex., neoplasias, disfunção vestibular, encefalite, transtornos convulsivos).</p> <p><u>Substâncias/medicamentos etiológicos incluem</u> álcool (I/A); cafeína (I); <i>Cannabis</i> (I); opioides (A); fenciclidina (I); outros alucinógenos (I); inalantes (I); estimulantes (incluindo cocaína) (I/A); sedativos, hipnóticos e ansiolíticos (A); anestésicos e analgésicos; simpatomiméticos ou outros broncodilatadores; anticolinérgicos; insulina; compostos para tireoide; contraceptivos orais; anti-histamínicos; medicamentos antiparkinsonianos; corticosteroides; medicamentos anti-hipertensivos e cardiovasculares; anticonvulsivantes; carbonato de lítio; medicamentos antipsicóticos; medicamentos antidepressivos; e exposição a metais pesados e toxinas, como inseticidas organofosforados, gases neurotóxicos, monóxido de carbono, dióxido de carbono, e substâncias voláteis, como gasolina e tinta.</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>PRIMÁRIO</p> <p>↓</p> <p>Diagnóstico: Transtorno de Ansiedade Devido a OCM ou Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância; Vá para F23 (Agorafobia), página 225.</p> <p>Continue com F21 (Critério D), a seguir.</p>	F20
F21		<p>D. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., os ataques de pânico não ocorrem apenas em resposta a situações sociais temidas, como no Transtorno de Ansiedade Social; em resposta a objetos ou situações fóbicas circunscritas, como na Fobia Específica; em resposta a obsessões, como no Transtorno Obsessivo-compulsivo; em resposta à evocação de eventos traumáticos, como no Transtorno de Estresse Pós-traumático; ou em resposta à separação de figuras de apego, como no Transtorno de Ansiedade de Separação).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>Vá para F23 (Agorafobia), página 225.</p>	F21

F22	<p>Durante o último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), quantos ataques de pânico você teve?</p> <p>Durante o último mês, você ficou apreensivo ou preocupado com a possibilidade de ter outro ataque, ou preocupado com a possibilidade de sentir como se estivesse tendo um ataque cardíaco novamente, ou preocupado com a possibilidade de perder o controle ou enlouquecer?</p> <p>Você fez alguma coisa de forma diferente por causa dos ataques (como evitar certos lugares ou não sair sozinho)?</p>	<p>[Durante o último mês, ataques de pânico recorrentes (inesperados ou esperados) E pelo menos um dos ataques foi acompanhado por apreensão ou preocupação persistente com relação a ataques adicionais ou com suas consequências, ou uma mudança desadaptativa significativa no comportamento relacionada aos ataques ao longo de todo o mês.]</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓ ↓</p> <p>História médica anterior Atual</p> <p>↓ ↓</p> <p>Diagnóstico: Transtorno de Pânico. Continue com F23 (Agorafobia), a seguir.</p>	F22
------------	---	--	---	------------

	AGORAFOBIA ATUAL (ÚLTIMOS SEIS MESES)	CRITÉRIOS DE AGORAFOBIA		
F23	<p>Nos últimos seis meses, desde (SEIS MESES ATRÁS), você tem andado muito ansioso ou com medo de situações como sair de casa sozinho, ficar em meio a uma multidão, visitar lojas, permanecer em filas ou viajar de ônibus ou trem?</p> <p>Conte-me sobre as situações das quais você tem sentido medo.</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Você tem sentido medo ou ansiedade em relação a viajar em táxis, ônibus, trens, navios ou aviões?</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: E quanto a permanecer em espaços abertos, como áreas de estacionamento, mercados a céu aberto ou pontes?</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: E quanto a permanecer em locais fechados, como lojas, cinemas ou shopping centers?</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: E quanto a permanecer em uma fila ou ficar em meio a uma multidão?</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: E quanto a permanecer fora de casa sozinho?</p>	<p>A. Medo ou ansiedade marcantes acerca de duas (ou mais) das cinco situações seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uso de transporte público (p. ex., automóveis, ônibus, trens, navios, aviões). 2. Permanecer em espaços abertos (p. ex., áreas de estacionamentos, mercados, pontes). 3. Permanecer em locais fechados (p. ex., lojas, teatros, cinemas). 4. Permanecer em uma fila ou ficar em meio a uma multidão. 5. Sair de casa sozinho. 	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Vá para F32 (Transtorno de Ansiedade Social), página 227.</p>	F23
F24	<p>Por que você tem evitado (SITUAÇÕES EVITADAS) ou o que você teme que poderia acontecer?</p> <p>(Você tem sentido medo de que possa ser difícil sair de [SITUAÇÕES EVITADAS] caso sinta que é necessário... como se você pudesse desenvolver subitamente um ataque de pânico?)</p> <p>(Ou desenvolver alguma outra coisa que seria embaraçosa, como perder o controle da sua bexiga ou dos intestinos ou vomitar?)</p> <p>(Você tem sentido medo de se machucar de alguma maneira, como por uma queda ou desmaio?)</p> <p>(E quanto a ficar preocupado com a possibilidade de não haver ninguém para ajudá-lo caso esses tipos de coisas acontecessem?)</p>	<p>B. O indivíduo teme ou evita essas situações devido aos pensamentos de que pode ser difícil escapar ou de que pode não haver auxílio disponível caso desenvolva sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores (p. ex., medo de cair nos idosos; medo de incontinência).</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Vá para F32 (Transtorno de Ansiedade Social), página 227.</p>	F24
F25	<p>Você quase sempre se sente amedrontado ou ansioso quando está nas (SITUAÇÕES EVITADAS)?</p>	<p>C. As situações agorafóbicas quase sempre provocam medo ou ansiedade.</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Vá para F32 (Transtorno de Ansiedade Social), página 227.</p>	F25

F26	<p>Você fez grandes esforços para evitar essas situações?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: Você só conseguiria passar por essas situações se estivesse com alguém que conhece?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: Ao ter que passar por uma dessas situações, você sentiu medo ou ansiedade de forma intensa?</p>	<p>D. As situações agorafóbicas são ativamente evitadas, requerem a presença de uma companhia ou são suportadas com intenso medo ou ansiedade.</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Vá para F32 (Transtorno de Ansiedade Social), página 227.</p>	F26
F27	<p>SE FOR DESCONHECIDO: Você se sente em perigo ou com sua segurança ameaçada quando está nessas (SITUAÇÕES)?</p>	<p>E. O medo ou ansiedade é desproporcional ao perigo real apresentado pelas situações agorafóbicas e ao contexto sociocultural.</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Vá para F32 (Transtorno de Ansiedade Social), página 227.</p>	F27
F28	<p>O seu medo ou esquivas das (SITUAÇÕES EVITADAS) esteve presente na maior parte dos últimos seis meses?</p>	<p>F. O medo, ansiedade ou esquivas é persistente, geralmente com duração mínima de seis meses.</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Vá para F32 (Transtorno de Ansiedade Social), página 227.</p>	F28
F29	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS DE AGORAFOBIA) tiveram em sua vida?</p> <p><u>FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO:</u></p> <p>Como os (SINTOMAS DE AGORAFOBIA) têm afetado seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os [SINTOMAS DE AGORAFOBIA] têm causado problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)</p> <p>Como os (SINTOMAS DE AGORAFOBIA) afetaram sua capacidade de trabalhar, tomar conta da sua família ou das tarefas domésticas, ou de se envolver em coisas que são importantes para você, como atividades religiosas, exercícios físicos ou passatempos?</p> <p>Os (SINTOMAS DE AGORAFOBIA) afetaram outra parte importante da sua vida?</p> <p>SE OS SINTOMAS DE AGORAFOBIA NÃO INTERFERIRAM NO FUNCIONAMENTO: O quanto você se sente incomodado ou aborrecido por ter (SINTOMAS DE AGORAFOBIA)?</p>	<p>G. O medo, ansiedade ou esquivas causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Vá para F32 (Transtorno de Ansiedade Social), página 227.</p>	F29
F30	<p>SE UMA CMG CARACTERIZADA POR SINTOMAS INCAPACITANTES ESTIVER PRESENTE: A sua esquivas da (SITUAÇÃO EVITADA) está relacionada com a sua (CONDIÇÃO MÉDICA)? (Conte-me sobre isso. Com que frequência o [SINTOMA INCAPACITANTE] aconteceu de verdade na [SITUAÇÃO EVITADA]?)</p>	<p>H. Se outra condição médica (p. ex. doença inflamatória intestinal, doença de Parkinson) está presente, o medo, a ansiedade ou a esquivas é claramente excessivo.</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Vá para F32 (Transtorno de Ansiedade Social), página 227.</p>	F30

F31		<p>I. O medo, ansiedade ou esquia não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental – por exemplo, os sintomas não estão restritos à Fobia Específica, tipo situacional; não envolvem apenas situações sociais (como no Transtorno de Ansiedade Social); e não estão relacionados exclusivamente a obsessões (como no Transtorno Obsessivo-compulsivo), percepção de defeitos ou falhas na aparência física (como no Transtorno Dismórfico Corporal), evocação de eventos traumáticos (como no Transtorno de Estresse Pós-traumático) ou medo de separação (como no Transtorno de Ansiedade de Separação).</p> <p><i>NOTA: CONSIDERE O TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL SE O MEDO É LIMITADO ÀS SITUAÇÕES SOCIAIS.</i></p>	F31
		<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>Vá para F32 (Transtorno de Ansiedade Social), a seguir.</p>	
<p>Diagnóstico: Agorafobia (atual) Continue com F32 (Transtorno de Ansiedade Social), a seguir.</p>			

	TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL ATUAL (ÚLTIMOS SEIS MESES)	CRITÉRIOS DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL	
F32	<p>Nos últimos seis meses, desde (SEIS MESES ATRÁS), você esteve particularmente nervoso ou ansioso em situações sociais, como manter uma conversa ou encontrar pessoas desconhecidas?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: Houve alguma coisa que você sentiu medo de fazer ou se sentiu muito desconfortável ao fazer na frente de outras pessoas, como falar, comer, escrever ou usar um banheiro público?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS ACIMA: Conte-me sobre isso. Dê-me alguns exemplos de quando isso aconteceu.</p>	A. Medo ou ansiedade acentuados acerca de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação por outras pessoas. Exemplos incluem interações sociais (p. ex., manter uma conversa, encontrar pessoas desconhecidas), ser observado (p. ex., comendo ou bebendo) e situações de desempenho diante de outros (p. ex., proferir palestras).	<p>– +</p> <p>↓</p> <p>Vá para F42 (TAG), página 230.</p>
F33	O que você temia que fosse acontecer quando estava na (SITUAÇÃO SOCIAL OU DE DESEMPENHO TEMIDA)? (Você teve medo de se sentir constrangido por causa do que poderia dizer ou de como poderia agir? Você teve medo de que isso o levasse a ser rejeitado pelas outras pessoas? E quanto a deixar outras pessoas desconfortáveis ou ofendê-las por causa do que você disse ou de como agiu?)	B. O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente (i. e., será humilhante ou constrangedor; provocará rejeição ou ofenderá a outros).	<p>– +</p> <p>↓</p> <p>Vá para F42 (TAG), página 230.</p>
F34	Você quase sempre se sentiu amedrontado quando esteve na (SITUAÇÃO SOCIAL OU DE DESEMPENHO TEMIDA)?	C. As situações sociais quase sempre provocam medo ou ansiedade.	<p>– +</p> <p>↓</p> <p>Vá para F42 (TAG), página 230.</p>

F35	<p>Você fez grandes esforços para evitar a (SITUAÇÃO SOCIAL OU DE DESEMPENHO TEMIDA)?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: O quão difícil é para você estar na (SITUAÇÃO SOCIAL OU DE DESEMPENHO TEMIDA)?</p>	D. As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade.	<p>— + ↓</p> <p>Vá para F42 (TAG), página 230.</p>	F35
F36	<p>SE FOR DESCONHECIDO: Na sua opinião, qual seria o provável resultado de (TER UM BAIXO DESEMPENHO NA SITUAÇÃO SOCIAL)?</p> <p>(Essas situações são de fato perigosas de alguma forma, como evitar ser alvo de <i>bullying</i> ou de ser atormentado por alguém?)</p>	E. O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social e contexto sociocultural.	<p>— + ↓</p> <p>Vá para F42 (TAG), página 230.</p>	F36
F37	<p>O seu medo ou esquivas da (SITUAÇÃO SOCIAL OU DE DESEMPENHO TEMIDA) esteve presente na maior parte dos últimos seis meses?</p>	F. O medo, ansiedade ou esquivas é persistente, geralmente com duração mínima de seis meses.	<p>— + ↓</p> <p>Vá para F42 (TAG), página 230.</p>	F37
F38	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS DE ANSIEDADE SOCIAL) tiveram em sua vida?</p> <p>FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO:</p> <p>Como os (SINTOMAS DE ANSIEDADE SOCIAL) afetaram sua capacidade de ter amigos e conhecer novas pessoas? (E quanto a namorar?) Como os (SINTOMAS DE ANSIEDADE SOCIAL) afetaram as suas interações com outras pessoas, especialmente as desconhecidas?</p> <p>Como os (SINTOMAS DE ANSIEDADE SOCIAL) afetaram sua capacidade de fazer coisas na escola ou no trabalho que exijam interação com outras pessoas? E quanto a fazer apresentações ou dar palestras?</p> <p>Você já evitou ir à escola ou ao trabalho quando achou que seria exposto a uma situação que pudesse deixá-lo desconfortável?</p> <p>Como os (SINTOMAS DE ANSIEDADE SOCIAL) afetaram sua capacidade de trabalhar, tomar conta da sua família ou das tarefas domésticas, ou de se envolver em coisas que são importantes para você, como atividades religiosas, exercícios físicos ou passatempos?</p> <p>Os (SINTOMAS DE ANSIEDADE SOCIAL) afetaram outra parte importante da sua vida?</p> <p>SE OS SINTOMAS DE ANSIEDADE SOCIAL NÃO INTERFERIRAM NO FUNCIONAMENTO: O quanto você se sente incomodado ou aborrecido por ter (SINTOMAS DE ANSIEDADE SOCIAL)?</p>	G. O medo, ansiedade ou esquivas causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.	<p>— + ↓</p> <p>Vá para F42 (TAG), página 230.</p>	F38

F39	<p>SE FOR DESCONHECIDO: Quando você começou a ter (SINTOMAS DE ANSIEDADE SOCIAL)?</p> <p>Logo antes de começar a ter (SINTOMAS DE ANSIEDADE SOCIAL), você estava tomando alguma droga, cafeína, comprimidos para emagrecer ou outros medicamentos?</p> <p>(Quanto café, chá ou bebidas cafeinadas você consumia por dia?)</p> <p>Você estava fisicamente doente logo antes de os (SINTOMAS DE ANSIEDADE SOCIAL) começarem?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse?</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico.</p> </div>	<p>H. [Transtorno de Ansiedade Primário] O medo, ansiedade ou esquiva não é atribuível aos efeitos fisiológicos de alguma substância (p. ex., drogas de abuso, medicamentos) ou outra condição médica.</p> <p><i>Consulte a lista de CMGs e substâncias/medicamentos etiológicos em F20, página 224.</i></p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>PRIMÁRIO</p> <p>↓</p> <p>Diagnóstico: Transtorno de Ansiedade Devido a OCM ou Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância. Vá para F42 (TAG), a seguir.</p> <p>Continue com F40 (Critério I), a seguir.</p>	F39
F40		<p>I. O medo, ansiedade ou esquiva não é mais bem explicado pelos sintomas de outro transtorno mental, como Transtorno de Pânico, Transtorno Dismórfico Corporal ou Transtorno do Espectro Autista.</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>Vá para F42 (TAG), a seguir.</p>	F40
F41	<p>SE UMA CMG OU UM TRANSTORNO MENTAL CARACTERIZADO POR SINTOMAS CONSTRANGEDORES OU SOCIALMENTE INDESEJÁVEIS ESTIVER PRESENTE: A sua esquiva da (SITUAÇÃO SOCIAL OU DE DESEMPENHO) estava relacionada ao seu (TRANSTORNO MENTAL OU CONDIÇÃO MÉDICA)?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Como você lidou com a sua condição?</p>	<p>J. Se outra condição médica (p. ex., doença de Parkinson, obesidade, desfiguração por queimaduras ou ferimentos) [ou transtorno mental potencialmente constrangedor] está presente, o medo, ansiedade ou esquiva é claramente não relacionado ou é excessivo.</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Vá para F42 (TAG), a seguir.</p> <p>↓</p> <p>Diagnóstico: Transtorno de Ansiedade Social (atual) Continue com F42 (Transtorno de Ansiedade Generalizada), a seguir.</p>	F41

	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL (ÚLTIMOS SEIS MESES)	CRITÉRIOS DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA		
F42	<p>Nos últimos seis meses, desde (SEIS MESES ATRÁS), você tem andado muito ansioso e preocupado durante grande parte do tempo? (Conte-me sobre isso.)</p> <p>Com que tipos de coisa você tem se preocupado? (E quanto ao seu trabalho, sua saúde, os membros da sua família, suas finanças ou outras coisas menores, como se atrasar para compromissos?) O quanto você se preocupou com (EVENTOS OU ATIVIDADES)?</p> <p>Com o que mais você tem se preocupado?</p> <p>Você tem se preocupado com (EVENTOS OU ATIVIDADES) mesmo quando não há motivos para isso? (Você se preocupou mais do que a maioria das pessoas o faria nas mesmas circunstâncias? Mais alguém achou que você se preocupava demais? Você se preocupou mais do que deveria, considerando suas circunstâncias atuais?)</p> <p>Durante os últimos seis meses, você diria que ficou preocupado na maioria dos dias?</p>	A. Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional).	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Vá para G1 (TOC), página 232.</p>	F42
F43	Quando se preocupa dessa maneira, você acha difícil parar com isso ou pensar em qualquer outra coisa?	B. O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Vá para G1 (TOC), página 232.</p>	F43
F44	<p>Agora, eu vou fazer algumas perguntas sobre sintomas que frequentemente aparecem quando se está nervoso ou preocupado.</p> <p>Pensando nesses períodos, nos últimos seis meses, em que se sentiu nervoso, ansioso ou preocupado...</p>	C. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três (ou mais) dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias nos últimos seis meses):		F44
F45	<p>...você ficou fisicamente agitado com frequência, por exemplo, sem conseguir ficar sentado quieto?</p> <p>...você se sentiu com os nervos à flor da pele com frequência?</p>	1. Inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele.	— +	F45
F46	...você se cansou facilmente com frequência?	2. Fatigabilidade.	— +	F46
F47	...você teve dificuldades frequentes para se concentrar ou teve sensações de "branco" na mente?	3. Dificuldade em concentrar-se ou sensações de "branco" na mente.	— +	F47
F48	...você ficou irritado com frequência?	4. Irritabilidade.	— +	F48
F49	...os seus músculos ficaram frequentemente tensos?	5. Tensão muscular.	— +	F49
F50	...você teve problemas frequentes para adormecer ou permanecer dormindo? E quanto a se sentir frequentemente cansado ao acordar por não ter tido uma boa noite de sono?	6. Perturbação do sono (dificuldade em conciliar ou manter o sono, ou sono insatisfatório e inquieto).	— +	F50

F51		AO MENOS TRÊS DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO C ACIMA (F45–F50) SÃO CLASSIFICADOS COMO “+”.	+	F51
			Vá para G1 (TOC), página 232.	
F52	SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS DE TAG) tiveram em sua vida? FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS <u>APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO</u> : Como os (SINTOMAS DE TAG) têm afetado seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os [SINTOMAS DE TAG] têm causado problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?) Como os (SINTOMAS DE TAG) têm afetado seu trabalho/seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? Os [SINTOMAS DE TAG] têm tornado mais difícil a realização do seu trabalho/das suas tarefas escolares? Os [SINTOMAS DE TAG] têm afetado a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?) Como os (SINTOMAS DE TAG) têm afetado sua capacidade de tomar conta das coisas em casa? E quanto a fazer outras coisas que são importantes para você, como atividades religiosas, exercício físico ou passatempos? Você tem evitado fazer algo porque sentiu que não estava à altura da tarefa? A sua ansiedade ou preocupação afetou outra parte importante da sua vida? SE ELES NÃO INTERFEREM NA VIDA: O quanto você se sente incomodado ou aborrecido por ter (SINTOMAS DE TAG)?	D. A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.	+	F52
			Vá para G1 (TOC), página 232.	
F53	SE FOR DESCONHECIDO: Quando os seus (SINTOMAS DE TAG) começaram? Logo antes de começar a ter (SINTOMAS DE TAG), você estava tomando alguma droga, cafeína, comprimidos para emagrecer ou outro medicamento? (Quanto café, chá ou bebidas cafeinadas você consumia por dia?) Você estava fisicamente doente logo antes de os (SINTOMAS DE TAG) começarem? SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse? Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico.	E. [Transtorno de Ansiedade Primário] A perturbação não é consequência dos efeitos psicológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou de outra condição médica (p. ex., hipertireoidismo). <i>Consulte a lista de CMGs e substâncias/medicamentos etiológicos em F20, página 224.</i>	NÃO SIM PRIMÁRIO	F53
			Diagnóstico: Transtorno de Ansiedade Devido a OCM ou Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância. Vá para G1 (TOC), a seguir.	
			Continue com F54, a seguir.	
F54		F. A perturbação não é mais bem explicada por outro transtorno mental (p. ex., ansiedade ou preocupação quanto a ter ataques de pânico no Transtorno de Pânico, avaliação negativa no Transtorno de Ansiedade Social, contaminação ou outras obsessões no Transtorno Obsessivo-compulsivo, separação das figuras de apego no Transtorno de Ansiedade de Separação, lembranças de eventos traumáticos no Transtorno de Estresse Pós-traumático, ganho de peso na Anorexia Nervosa, queixas físicas no Transtorno de Sintomas Somáticos, percepção de problemas na aparência no Transtorno Dismórfico Corporal, ter uma doença grave no Transtorno de Ansiedade de Doença ou o conteúdo de crenças delirantes na Esquizofrenia ou Transtorno Delirante).	NÃO SIM	F54
			Vá para G1 (TOC), a seguir.	
			Diagnóstico: Transtorno de Ansiedade Generalizada (atual). Continue com G1 (Transtorno Obsessivo-compulsivo), a seguir.	

G. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Transtorno Obsessivo-compulsivo

	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO ATUAL	CRITÉRIOS DE TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO		
	No último mês, desde (UM MÊS ATRÁS)...	A. Presença de obsessões, compulsões ou ambas: Obsessões são definidas por (1) e (2):		
G1	<p>...você foi incomodado por pensamentos que lhe vinham à cabeça, mesmo quando não os queria, como o de ser exposto a germes ou sujeira, ou de necessitar que tudo esteja alinhado de certa maneira? (Quais foram eles?)</p> <p>E quanto a ter impulsos para fazer algo que lhe vinha à cabeça, embora você não os quisesse, como um impulso para machucar uma pessoa amada? (Quais foram eles?)</p> <p>E quanto a ter imagens indesejadas surgindo em sua cabeça, como cenas violentas ou horríveis, ou alguma coisa de natureza sexual? (Quais foram elas?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA QUALQUER DAS PERGUNTAS ACIMA: Esses (PENSAMENTOS/IMPULSOS/IMAGENS) fazem você ficar muito ansioso ou aborrecido?</p>	1. Pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados, em algum momento durante a perturbação, como intrusivos e indesejados e que, na maioria dos indivíduos, causam acentuada ansiedade ou sofrimento.	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Vá para G3 (Compulsões), a seguir.</p>	G1
G2	Quando teve esses (PENSAMENTOS/IMPULSOS/IMAGENS), você se esforçou muito para tirá-los da cabeça? (O que você tentou fazer?)	2. O indivíduo tenta ignorar ou suprimir tais pensamentos, impulsos ou imagens ou neutralizá-los com algum outro pensamento ou ação, (i.e., executando uma compulsão).	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>OBSESSÕES</p> <p>↓</p> <p>Vá para G3 (Compulsões), a seguir.</p>	G2
	No último mês, desde (UM MÊS ATRÁS)...	As compulsões são definidas por (1) e (2):		
G3	<p>...houve alguma coisa que você teve que fazer repetidamente e à qual foi difícil resistir, como lavar suas mãos mais de uma vez, repetir algo reiteradamente até que "parecesse bom", contar até um certo número ou verificar algo diversas vezes para ter certeza de que havia feito tudo corretamente?</p> <p>Conte-me sobre isso. (O que você teve que fazer?)</p>	1. Comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p. ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas.	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Vá para G5, a seguir.</p>	G3
G4	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Por que você teve que fazer o (ATO COMPULSIVO)? O que aconteceria se você não o tivesse feito?</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Quantas vezes você realizaria o (ATO COMPULSIVO)? Você tem feito o (ATO COMPULSIVO) mais vezes do que faria sentido?</p>	2. Os comportamentos ou os atos mentais visam prevenir ou reduzir a ansiedade ou o sofrimento ou evitar algum evento ou situação temida; entretanto, esses comportamentos ou atos mentais não têm uma conexão realista com o que visam neutralizar ou evitar ou são claramente excessivos.	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>COMPULSÕES</p> <p>↓</p> <p>Vá para G5, a seguir.</p>	G4

G5	INVESTIGUE AS OBSESSÕES E/OU COMPULSÕES	PRESENÇA DE OBSESSÕES (G2 CLASSIFICADO COMO "+") OU COMPULSÕES (G4 CLASSIFICADO COMO "+")	NÃO SIM ↓ Vá para G9 (TEPT), página 235.	G5
G6	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Quanto tempo você gastou com a (OBSESSÃO OU COMPULSÃO) ?</p> <p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito essas (OBSESSÕES OU COMPULSÕES) tiveram em sua vida?</p> <p>FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS <u>APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO</u>:</p> <p>Como as (OBSESSÕES OU COMPULSÕES) têm afetado seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (As [OBSESSÕES OU COMPULSÕES] têm causado problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos, colegas de quarto ou amigos?)</p> <p>Como as (OBSESSÕES OU COMPULSÕES) afetaram seu trabalho/seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? As [OBSESSÕES OU COMPULSÕES] têm tornado mais difícil a realização do seu trabalho/das suas tarefas escolares? As [OBSESSÕES OU COMPULSÕES] têm afetado a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?)</p> <p>Como as (OBSESSÕES OU COMPULSÕES) têm afetado sua capacidade de tomar conta das coisas em casa? E quanto a fazer outras coisas que são importantes para você, como atividades religiosas, exercício físico ou passatempos?</p> <p>As (OBSESSÕES OU COMPULSÕES) afetaram outra parte importante da sua vida?</p> <p>SE ELAS NÃO INTERFERIRAM NA VIDA: O quanto você se sente incomodado por ter (OBSESSÕES OU COMPULSÕES)?</p>	B. As obsessões ou compulsões tomam tempo (p.ex., tomam mais de uma hora por dia) ou causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.	- + ↓ Vá para G9 (TEPT), página 235.	G6
G7	<p>SE DESCONHECIDO: Quando as (OBSESSÕES OU COMPULSÕES) começaram?</p> <p>Logo antes de começar a ter (OBSESSÕES OU COMPULSÕES), você estava tomando alguma droga ou medicamento?</p> <p>Você estava fisicamente doente logo antes de as (OBSESSÕES OU COMPULSÕES) começarem?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: O que o médico disse?</p> <p>Consulte o Guia do Usuário, Seção 9, para obter orientação sobre a determinação da existência de uma CMG etiológica ou substância/medicamento etiológico.</p>	<p>C. [Transtorno Obsessivo-compulsivo Primário] Os sintomas obsessivo-compulsivos não se devem aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.</p> <p><u>CMGs etiológicas incluem</u> a coreia de Sydenham e condições médicas que levam a lesão estriatal, como o infarto cerebral.</p> <p><u>Substâncias/medicamentos etiológicos incluem</u> intoxicação por cocaína, anfetaminas ou outros estimulantes, e exposição a metais pesados.</p>	NÃO SIM ↓ PRIMÁRIO ↓ Diagnóstico: TOC e Transtorno Relacionado Devido a OCM ou TOC e Transtorno Relacionado Induzido por Substância. Vá para G9 (TEPT), página 235.	G7
			Continue com G8, a seguir.	

G8		<p>D. A perturbação não é mais bem explicada pelos sintomas de outro transtorno mental (p.ex., preocupações excessivas, como no Transtorno de Ansiedade Generalizada; preocupação com a aparência, como no Transtorno Dismórfico Corporal; dificuldade de descartar ou se desfazer de pertences, como no Transtorno de Acumulação; arrancar os cabelos, como na Tricotilomania [Transtorno de Arrancar o Cabelo]; beliscar a pele, como no Transtorno de Escoriação [<i>Skin-picking</i>]; estereotípias, como no Transtorno de Movimento Estereotipado; comportamento alimentar ritualizado, como nos Transtornos Alimentares; preocupação com substâncias ou jogo, como nos Transtornos Relacionados a Substâncias e Transtornos Aditivos; preocupação com ter uma doença, como no Transtorno de Ansiedade de Doença; impulsos ou fantasias sexuais, como nos Transtornos Parafílicos; impulsos, como nos Transtornos Disruptivos, do Controle de Impulsos e da Conduta; ruminações de culpa, como no Transtorno Depressivo Maior; inserção de pensamento ou preocupações delirantes, como nos Transtornos do Espectro da Esquizofrenia e Outros Transtornos Psicóticos; ou padrões repetitivos de comportamento, como no Transtorno do Espectro Autista).</p>	<table border="1"><tr><td>NÃO</td><td>SIM</td></tr><tr><td colspan="2">Vá para G9 (TEPT), a seguir.</td></tr></table>	NÃO	SIM	Vá para G9 (TEPT), a seguir.		G8
NÃO	SIM							
Vá para G9 (TEPT), a seguir.								
<p>Diagnóstico: Transtorno Obsessivo-compulsivo (atual). Continue com G9 (TEPT), a seguir.</p>								

Transtorno de Estresse Pós-traumático

HISTÓRIA DE TRAUMA AO LONGO DA VIDA

G9

Agora, eu gostaria de lhe fazer perguntas sobre algumas coisas que podem ter acontecido a você e podem ter sido extremamente perturbadoras. Muitas vezes, as pessoas acham que falar sobre essas experiências pode ajudar. Eu começarei perguntando se essas experiências se aplicam a você e, se for o caso, lhe pedirei para descrever de forma breve o que aconteceu e como você se sentiu naquele momento.

AVALIE CADA TIPO DE TRAUMA (BASEADO NO TEXTO DO DSM-5 E NO CRITÉRIO A DE TEPT) USANDO AS QUESTÕES A SEGUIR.

Você já esteve em uma situação de risco de vida, como um grande desastre ou incêndio, combate ou um grave acidente de trânsito ou de trabalho?

E quanto a ter sido agredido ou abusado sexual ou fisicamente, ou ameaçado de agressão física ou sexual?

E quanto a ter visto outra pessoa sendo agredida ou abusada sexual ou fisicamente, ou ameaçada de agressão física ou sexual?

Você já viu outra pessoa assassinada ou morta, ou gravemente ferida?

E quanto a ficar sabendo que uma dessas coisas aconteceu a alguém próximo a você?

SE DESCONHECIDO: Você já foi vítima de um crime grave?

SE NÃO HOUVER EVENTOS CONFIRMADOS: Qual você diria que foi a experiência mais estressante ou traumática que já teve em sua vida?

SE NÃO HOUVER EVENTOS RECONHECIDOS, CONTINUE COM H1 (Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade), página 245.

SE HOUVER EVENTOS RECONHECIDOS: ABAIXO, EM G10–G12, REVISE E PERGUNTE EM DETALHES POR ATÉ TRÊS EVENTOS PASSADOS (P. EX., SELECIONE OS TRÊS PIORES EVENTOS; SELECIONE O TRAUMA DE INTERESSE, ALÉM DE DOIS OUTROS EVENTOS ENTRE OS PIORES).

G9

EVENTO PASSADO #1:

G10

SE HOUVE EXPOSIÇÃO DIRETA AO TRAUMA:

O que aconteceu? Você teve medo de morrer ou de ficar gravemente ferido? Você foi gravemente ferido?

SE TESTEMUNHO UM EVENTO TRAUMÁTICO QUE ACONTECEU COM OUTRAS PESSOAS:

O que aconteceu? O que você viu? O quão perto você estava do (EVENTO TRAUMÁTICO)? Você ficou preocupado com sua própria segurança?

SE FICOU SABENDO DO EVENTO TRAUMÁTICO:

O que aconteceu? Quem estava envolvido? (Quão próximo [emocionalmente] você era dessas pessoas? O evento envolveu violência, suicídio ou acidente grave?)

SE FOR DESCONHECIDO: Qual era a sua idade na época?

SE FOR DESCONHECIDO: Isso aconteceu mais de uma vez?

Descrição do evento traumático:

Indique o tipo de evento traumático (marque todos os que se aplicarem):

- ☐ Morte, episódio concreto
- ☐ Morte, ameaça
- ☐ Lesão grave, episódio concreto
- ☐ Lesão grave, ameaça
- ☐ Violência sexual, episódio concreto
- ☐ Violência sexual, ameaça

Indique o modo de exposição ao evento traumático:

- ☐ Diretamente experimentados
- ☐ Testemunhou pessoalmente um evento que aconteceu com outras pessoas
- ☐ Ficou sabendo de um evento sofrido por um parente ou amigo próximo
- ☐ Exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos de eventos traumáticos (p. ex., policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil)

Idade no momento do evento: ____

Indique se o evento foi único ou se tratou de exposição repetida/prolongada circulando o número apropriado:

- 1—Evento único
- 2—Exposição repetida ou prolongada ao mesmo trauma (p. ex., testemunhar episódios repetidos de violência doméstica parental ao longo dos anos)

G10

G11	<p>EVENTO PASSADO #2:</p> <p>SE HOUVER EXPOSIÇÃO DIRETA AO TRAUMA: O que aconteceu? Você teve medo de morrer ou de ficar gravemente ferido? Você foi gravemente ferido?</p> <p>SE TESTEMUNHOU UM EVENTO TRAUMÁTICO QUE ACONTECEU COM OUTRAS PESSOAS: O que aconteceu? O que você viu? O quão perto você estava do (EVENTO TRAUMÁTICO)? Você ficou preocupado com sua própria segurança?</p> <p>SE FICOU SABENDO DO EVENTO TRAUMÁTICO: O que aconteceu? Quem estava envolvido? (Quão próximo [emocionalmente] você era dessas pessoas? O evento envolveu violência, suicídio ou acidente grave?)</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Qual era a sua idade na época?</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Isso aconteceu mais de uma vez?</p>	G11
<p>Descrição do evento traumático:</p> <p>Indique o tipo de evento traumático (marque todos os que se aplicarem):</p> <p>___ Morte, episódio concreto ___ Morte, ameaça ___ Lesão grave, episódio concreto ___ Lesão grave, ameaça ___ Violência sexual, episódio concreto ___ Violência sexual, ameaça</p> <p>Indique o modo de exposição ao evento traumático:</p> <p>___ Diretamente experimentados ___ Testemunhou pessoalmente um evento que aconteceu com outras pessoas ___ Ficou sabendo de um evento sofrido por um parente ou amigo próximo ___ Exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos de eventos traumáticos (p. ex., policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil)</p> <p>Idade no momento do evento: _____</p> <p>Indique se o evento foi único ou se tratou de exposição repetida/prolongada circulando o número apropriado:</p> <p>1—Evento único 2—Exposição repetida ou prolongada ao mesmo trauma (p. ex., testemunhar episódios repetidos de violência doméstica parental ao longo dos anos)</p>		

G12	<p>EVENTO PASSADO #3:</p> <p>SE HOUVER EXPOSIÇÃO DIRETA AO TRAUMA: O que aconteceu? Você teve medo de morrer ou de ficar gravemente ferido? Você foi gravemente ferido?</p> <p>SE TESTEMUNHOU UM EVENTO TRAUMÁTICO QUE ACONTECEU COM OUTRAS PESSOAS: O que aconteceu? O que você viu? O quão perto você estava do (EVENTO TRAUMÁTICO)? Você ficou preocupado com sua própria segurança?</p> <p>SE FICOU SABENDO DO EVENTO TRAUMÁTICO: O que aconteceu? Quem estava envolvido? (Quão próximo [emocionalmente] você era dessas pessoas? O evento envolveu violência, suicídio ou acidente grave?)</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Qual era a sua idade na época?</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Isso aconteceu mais de uma vez?</p>	G12
<p>Descrição do evento traumático:</p> <p>Indique o tipo de evento traumático (marque todos os que se aplicarem):</p> <p>___ Morte, episódio concreto ___ Morte, ameaça ___ Lesão grave, episódio concreto ___ Lesão grave, ameaça ___ Violência sexual, episódio concreto ___ Violência sexual, ameaça</p> <p>Indique o modo de exposição ao evento traumático:</p> <p>___ Diretamente experimentados ___ Testemunhou pessoalmente um evento que aconteceu com outras pessoas ___ Ficou sabendo de um evento sofrido por um parente ou amigo próximo ___ Exposição repetida ou extrema a detalhes aversivos de eventos traumáticos (p. ex., policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil)</p> <p>Idade no momento do evento: _____</p> <p>Indique se o evento foi único ou se tratou de exposição repetida/prolongada circulando o número apropriado:</p> <p>1—Evento único 2—Exposição repetida ou prolongada ao mesmo trauma (p. ex., testemunhar episódios repetidos de violência doméstica parental ao longo dos anos)</p>		

	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	CRITÉRIOS DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO		
G13	<p>SE A ÚNICA EXPOSIÇÃO AOS EVENTOS TRAUMÁTICOS SE DEU NO ÚLTIMO MÊS, VÁ PARA H1 (TDAH).</p> <p>SE MAIS DE UM EVENTO TRAUMÁTICO FOR RELATADO: Qual desses (EVENTO DE G10–G12) você acha que mais lhe afetou?</p> <p>EVENTO PASSADO # _____</p> <p>CLASSIFIQUE G13–G41 (AVALIAÇÃO DE CRITÉRIOS DE TEPT) USANDO O EVENTO ACIMA SELECIONADO. CONFORME OBSERVADO EM G19, G22, G30, G37, G38, G39, G40, SE O EVENTO SELECIONADO NÃO ESTIVER ASSOCIADO AO TEPT COMPLETO, CONSIDERE REAVALIAR TODOS OS CRITÉRIOS DE TEPT (G13–G41) USANDO OUTROS TRAUMAS RELATADOS (G10–G12).</p>	<p>A. Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vivenciar diretamente o evento traumático. 2. Testemunhar pessoalmente o evento ocorrido a outras pessoas. 3. Saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental. 4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (p. ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos; policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil). <p>Nota: O Critério A4 não se aplica à exposição por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada ao trabalho.</p>	<p>– +</p> <p>↓</p> <p>Vá para H1 (TDAH), página 245.</p>	G13
	<p>Agora, eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre maneiras específicas em que o (EVENTO TRAUMÁTICO) possa tê-lo afetado em qualquer momento desde o (EVENTO TRAUMÁTICO).</p> <p>Por exemplo, desde o (EVENTO TRAUMÁTICO)...</p>	<p>B. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência:</p>		
G14	<p>...você teve lembranças do (EVENTO TRAUMÁTICO), incluindo sentimentos, sensações físicas, sons, cheiros ou imagens, quando não as esperava ou desejava? (Com que frequência isso aconteceu?)</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Isso também aconteceu no último mês, desde (UM MÊS ATRÁS)? Quantas vezes?</p>	<p>1. Lembranças angustiantes recorrentes, involuntárias e intrusivas do evento traumático.</p>	<p>– +</p> <p>↓</p> <p>Último mês</p> <p>– +</p>	G14
G15	<p>...e quanto a ter repetidos sonhos perturbadores, que lhe trouxeram lembranças do (EVENTO TRAUMÁTICO)? (Conte-me sobre isso.)</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Isso também aconteceu no último mês? Quantas vezes?</p>	<p>2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o afeto do sonho estão relacionados ao evento traumático.</p>	<p>– +</p> <p>↓</p> <p>Último mês</p> <p>– +</p>	G15
G16	<p>...e quanto a se ver agindo ou sentindo como se você tivesse voltado à situação? (Você teve "flashbacks" do [EVENTO TRAUMÁTICO])?</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Isso também aconteceu no último mês? Quantas vezes?</p>	<p>3. Reações dissociativas (p. ex., <i>flashbacks</i>) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse acontecendo novamente. (Essas reações podem ocorrer em um <i>continuum</i>, com a expressão mais extrema sendo uma perda completa de percepção do ambiente ao redor.)</p>	<p>– +</p> <p>↓</p> <p>Último mês</p> <p>– +</p>	G16

	<p>Desde o (EVENTO TRAUMÁTICO)...</p> <p>...você teve alguma reação emocional ou física forte quando algo lhe trouxe a lembrança do (EVENTO TRAUMÁTICO)?</p> <p>Dê-me alguns exemplos dos tipos de coisas que teriam desencadeado essa reação. (Coisas como... ver uma pessoa que se parece com aquela que o atacou, ouvir barulho de freada se você esteve em um acidente de trânsito, ouvir o som de helicópteros se você esteve em combate, qualquer tipo de intimidade física se você tiver sido estuprado?)</p> <p>NOTA: SE NEGAR REAÇÃO EMOCIONAL OU FÍSICA ÀS MEMÓRIAS, MARCAR "—" TANTO PARA G17 (REAÇÃO EMOCIONAL) COMO PARA G18 (REAÇÃO FÍSICA).</p>			
G17	<p>SE RECONHECE REAÇÃO EMOCIONAL OU FÍSICA FORTE: Que tipo de reação você teve? Você ficou muito perturbado ou permaneceu perturbado por um tempo, mesmo depois de a lembrança ter desaparecido?</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Isso também aconteceu no último mês? Quantas vezes?</p>	<p>4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.</p>	<div style="text-align: center;"> — + ↓ Último mês — + </div>	G17
G18	<p>SE RECONHECE REAÇÃO EMOCIONAL OU FÍSICA FORTE: E quanto a ter sintomas físicos – como transpirar excessivamente, respirar pesada e irregularmente ou sentir que seu coração palpita ou acelera quando algo faz você se lembrar do (EVENTO TRAUMÁTICO)? E quanto a se sentir tenso ou abalado?</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Isso também aconteceu no último mês? Quantas vezes?</p>	<p>5. Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.</p>	<div style="text-align: center;"> — + ↓ Último mês — + </div>	G18
G19		<p>AO MENOS UM DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO B ACIMA (G14–G18) É CLASSIFICADO COMO "+".</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Se outros eventos traumáticos forem relatados, considere retornar a G13 e reavaliar o TEPT para esse evento. Do contrário, vá para H1 (TDAH), página 245.</p> </div>	<div style="text-align: center;"> NÃO SIM ↓ Critério B satisfeito no último mês. NÃO SIM </div>	G19

	Desde o (EVENTO TRAUMÁTICO)...	C. Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos os seguintes aspectos:	
G20	<p>...você fez coisas para evitar lembrar ou pensar sobre o (EVENTO TRAUMÁTICO), como manter-se ocupado, distrair-se jogando jogos de computador ou de videogame ou assistindo à TV, ou usar drogas ou álcool para se "entorpecer" ou tentar esquecer o que aconteceu? Quanto tempo isso durou? (Quase o tempo todo por mais de um mês?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a fazer coisas para evitar ter sentimentos semelhantes a esses que você teve durante o (EVENTO TRAUMÁTICO)? Desde o (EVENTO TRAUMÁTICO), quanto tempo isso durou? (Quase o tempo todo por mais de um mês?)</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Isso também aconteceu no último mês, desde (UM MÊS ATRÁS)? Isso aconteceu quase o tempo todo durante o último mês?</p>	1. Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> — + </div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Último mês — + </div>
G21	<p>...houve coisas, lugares ou pessoas que você tentou evitar porque o faziam ter lembranças, pensamentos ou sentimentos perturbadores em relação ao (EVENTO TRAUMÁTICO)? Quanto tempo isso durou? (Quase o tempo todo por mais de um mês?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a evitar certas atividades, situações ou temas de conversação? Desde o (EVENTO TRAUMÁTICO), quanto tempo isso durou? (Quase o tempo todo por mais de um mês?)</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Isso também aconteceu no último mês? Isso aconteceu quase o tempo todo durante o último mês?</p>	2. Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> — + </div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Último mês — + </div>
G22		<p>AO MENOS UM DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO C ACIMA (G20–G21) É CLASSIFICADO COMO "+".</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Se outros eventos traumáticos forem relatados, considere retornar a G13 e reavaliar o TEPT para esse evento. Do contrário, vá para H1 (TDAH), página 245. </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> NÃO SIM </div> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Crítério C satisfeito no último mês. NÃO SIM </div>

	Desde o (EVENTO TRAUMÁTICO)...	D. Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático, começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:	
G23	<p>...você não conseguiu se lembrar de alguma parte importante do que aconteceu? (Conte-me sobre isso).</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Você machucou a cabeça durante o (EVENTO TRAUMÁTICO)? Você estava bebendo muito ou tomando drogas no momento do (EVENTO TRAUMÁTICO)?</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Esse também foi o caso no último mês, desde (UM MÊS ATRÁS)? Quantas vezes?</p>	1. Incapacidade de recordar um aspecto importante do evento traumático (geralmente devido a amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).	<div style="text-align: center;"> — + ↓ Último mês — + </div>
G24	<p>...houve uma mudança na maneira como você pensa sobre si mesmo? (Como ter a sensação de que você está "mal", ou permanentemente debilitado ou arruinado?) Conte-me sobre isso. Há quanto tempo você tem se sentido assim? (Você se sentiu assim durante quase o tempo todo por mais de um mês?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: Houve uma mudança na forma como você enxerga as outras pessoas ou a maneira como o mundo funciona? Por exemplo, achar que não pode mais confiar em ninguém? Por exemplo, achar que o mundo é um lugar completamente perigoso? Conte-me sobre isso. Há quanto tempo você tem pensado dessa forma? (Você pensou dessa forma durante quase o tempo todo por mais de um mês?)</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Esse também foi o caso no último mês? Durante quanto tempo? (Quase o tempo todo?)</p>	2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., "Sou mau", "Não se deve confiar em ninguém", "O mundo é perigoso", "Todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre").	<div style="text-align: center;"> — + ↓ Último mês — + </div>
G25	<p>...você se culpou pelo (EVENTO TRAUMÁTICO) ou pelo modo como ele afetou a sua vida? (Por exemplo, pensa que o [EVENTO TRAUMÁTICO] foi culpa sua ou que você deveria ter feito alguma coisa para preveni-lo? Por exemplo, pensa que você já deveria tê-lo superado?)</p> <p>➔ SE A RESPOSTA FOR SIM: Conte-me sobre isso. Há quanto tempo você pensa dessa forma? (Você tem pensado dessa forma durante quase todo o tempo por mais de um mês?)</p> <p>➔ SE A RESPOSTA FOR NÃO: Você culpou outra pessoa pelo (EVENTO TRAUMÁTICO)? Conte-me sobre isso. (Que relação essa[s] pessoa[s] teve/tiveram com o [EVENTO TRAUMÁTICO])? Há quanto tempo você pensa que foi culpa dela(s)? (Você tem pensado dessa forma durante quase o tempo todo por mais de um mês?)</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Esse também foi o caso no último mês? Durante quanto tempo? (Quase o tempo todo?)</p>	3. Cognições distorcidas persistentes a respeito das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros.	<div style="text-align: center;"> — + ↓ Último mês — + </div>

G26	<p>Desde o (EVENTO TRAUMÁTICO)...</p> <p>...você tem tido sentimentos ruins durante grande parte do tempo, como tristeza, raiva, medo, culpa, vergonha ou entorpecimento? (Conte-me sobre isso.) Há quanto tempo você tem se sentido dessa forma? (Você se sentiu assim durante quase o tempo todo por mais de um mês?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Isso é diferente do jeito que você era antes do (EVENTO TRAUMÁTICO)?</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Esse também foi o caso no último mês? Durante quanto tempo? (Quase o tempo todo?)</p>	<p>4. Estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha).</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Último mês</p> <p>— +</p>	G26
G27	<p>...você ficou muito menos interessado por coisas que o interessavam antes do (EVENTO TRAUMÁTICO), como passar o tempo com a família ou os amigos, ler livros, assistir televisão, cozinhar ou praticar esportes? (Conte-me sobre isso.)</p> <p>SE NÃO HOUVER PERDA DE INTERESSE: Você continua fazendo tantas atividades quanto costumava fazer antes do (EVENTO TRAUMÁTICO)?</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Esse também foi o caso no último mês?</p>	<p>5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Último mês</p> <p>— +</p>	G27
G28	<p>...você se sentiu distante ou desconectado das outras pessoas ou se fechou para as outras pessoas? (Conte-me sobre isso.)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Isso é diferente do jeito que você era antes do (EVENTO TRAUMÁTICO)?</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Esse também foi o caso no último mês?</p>	<p>6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Último mês</p> <p>— +</p>	G28
G29	<p>...você tem se sentido incapaz de vivenciar sentimentos bons, como se sentir feliz, alegre, satisfeito, amoroso ou terno em relação às outras pessoas? (Conte-me sobre isso.) Há quanto tempo você tem se sentido incapaz de vivenciar sentimentos bons? (Você tem se sentido incapaz de vivenciar sentimentos bons quase o tempo todo por mais de um mês?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Isso é diferente do jeito que você era antes do (EVENTO TRAUMÁTICO)?</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Esse também foi o caso no último mês? Durante quanto tempo? (Quase o tempo todo?)</p>	<p>7. Incapacidade persistente de vivenciar emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Último mês</p> <p>— +</p>	G29
G30	<p>AO MENOS TRÊS DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO D ACIMA (G23–G29) SÃO CLASSIFICADOS COMO "+".</p> <p>Se outros eventos traumáticos forem relatados, considere retornar a G13 e reavaliar o TEPT para esse evento. Do contrário, vá para H1 (TDAH), página 245.</p>		<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>Crítério D satisfeito no último mês.</p> <p>NÃO SIM</p>	G30

	Desde o (EVENTO TRAUMÁTICO)...	E. Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando depois de sua ocorrência, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:		
G31	<p>...você perdeu o controle de sua raiva, a ponto de ameaçar ou ferir alguém ou danificar alguma coisa? Conte-me o que aconteceu. (Foi por algo pequeno ou por absolutamente nada?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: Desde o (EVENTO TRAUMÁTICO), você tem estado mais irritado ou o seu "pavio" ficou mais curto do que antes?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS: Quanto diferente isso tem sido da maneira que você era antes do (EVENTO TRAUMÁTICO)?</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Isso também aconteceu no último mês, desde (UM MÊS ATRÁS)? Com que frequência isso aconteceu?</p>	1. Comportamento irritado e surtos de raiva (com ou nenhuma provocação) geralmente expressos verbal ou fisicamente em relação a pessoas ou objetos.	<div> <div>— +</div> <div>↓</div> <div>Último mês</div> <div>— +</div> </div>	G31
G32	<p>...você fez coisas imprudentes, como dirigir perigosamente ou beber ou usar drogas sem se importar com as consequências?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: E quanto a se ferir de propósito ou tentar se matar? (O que você fez?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS: Quanto diferente isso tem sido da maneira que você era antes do (EVENTO TRAUMÁTICO)?</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Isso também aconteceu no último mês? Com que frequência isso aconteceu?</p>	2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.	<div> <div>— +</div> <div>↓</div> <div>Último mês</div> <div>— +</div> </div>	G32
G33	<p>...você percebeu que tem andado mais cuidadoso ou na defensiva? (Poderia dar alguns exemplos?)</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: Você tem estado muito mais atento aos seus arredores e ao seu ambiente?</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Isso também aconteceu no último mês? Com que frequência isso aconteceu?</p>	3. Hipervigilância.	<div> <div>— +</div> <div>↓</div> <div>Último mês</div> <div>— +</div> </div>	G33
G34	<p>...você tem se sentido nervoso ou sobressaltado, como por ruídos súbitos? (Isso significa uma mudança em relação a antes do [EVENTO TRAUMÁTICO]?)</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Isso também aconteceu no último mês? Com que frequência isso aconteceu?</p>	4. Resposta de sobressalto exagerada.	<div> <div>— +</div> <div>↓</div> <div>Último mês</div> <div>— +</div> </div>	G34
G35	<p>...tem tido problemas para se concentrar? (Poderia dar exemplos? Isso significa uma mudança em relação a antes do [EVENTO TRAUMÁTICO]?)</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Isso também aconteceu no último mês? Com que frequência isso aconteceu?</p>	5. Problemas de concentração.	<div> <div>— +</div> <div>↓</div> <div>Último mês</div> <div>— +</div> </div>	G35

G36	<p>Desde o (EVENTO TRAUMÁTICO)...</p> <p>...como você tem dormido desde o (EVENTO TRAUMÁTICO)? (Isso significa uma mudança em relação a antes do [EVENTO TRAUMÁTICO]?)</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Isso também aconteceu no último mês? Com que frequência isso aconteceu?</p>	<p>6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Último mês</p> <p>— +</p>	G36
G37		<p>AO MENOS DOIS DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO E ACIMA (G31–G36) SÃO CLASSIFICADOS COMO "+".</p> <p>Se outros eventos traumáticos forem relatados, considere retornar a G13 e reavaliar o TEPT para esse evento. Do contrário, vá para H1 (TDAH), página 245.</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>Crítério E satisfeito no último mês.</p> <p>NÃO SIM</p>	G37
G38	<p>Aproximadamente quanto tempo esses (SINTOMAS DE TEPT CLASSIFICADOS COMO "+") duraram no total?</p>	<p>F. A perturbação [sintomas do Critérios B (G19), C (G22), D (G30) e E (G37)] dura mais de um mês.</p> <p>Se outros eventos traumáticos forem relatados, considere retornar a G13 e reavaliar o TEPT para esse evento. Do contrário, vá para H1 (TDAH), página 245.</p>	<p>— +</p> <p>↓</p>	G38
G39	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeito os (SINTOMAS DE TEPT) tiveram em sua vida?</p> <p>FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO:</p> <p>Como os (SINTOMAS DE TEPT) têm afetado seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os [SINTOMAS DE TEPT] têm causado problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)</p> <p>Como os (SINTOMAS DE TEPT) têm afetado seu trabalho/seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? Os [SINTOMAS DE TEPT] têm tornado mais difícil a realização do seu trabalho/das suas tarefas escolares? Os [SINTOMAS DE TEPT] têm afetado a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?)</p> <p>Como os [SINTOMAS DE TEPT] têm afetado sua capacidade de tomar conta das coisas em casa? E quanto a se envolver em coisas que são importantes para você, como atividades religiosas, exercício físico ou passatempos?</p> <p>Os (SINTOMAS DE TEPT) afetaram outra parte importante da sua vida?</p> <p>SE ELES NÃO INTERFERIRAM NA VIDA: O quanto você se sente incomodado ou aborrecido pelos (SINTOMAS DE TEPT)?</p> <p>SE A CLASSIFICAÇÃO AO LONGO DA VIDA FOR "+": Como os (SINTOMAS DE TEPT) afetaram a sua vida no último mês?</p>	<p>G. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.</p> <p>Se outros eventos traumáticos forem relatados, considere retornar a G13 e reavaliar o TEPT para esse evento. Do contrário, vá para H1 (TDAH), página 245.</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Último mês</p> <p>— +</p>	G39

G40	<p>Você tem bebido muito ou usado muitas drogas desde o (EVENTO TRAUMÁTICO)? Conte-me sobre isso.</p> <p>O quanto você tem (bebido/usado [DROGAS])? (Você acha que seus problemas desde o [EVENTO TRAUMÁTICO] se devem mais [aos seus hábitos de consumo de bebidas/ao uso de (DROGAS)] do que à sua reação ao [EVENTO TRAUMÁTICO] em si?)</p>	<p>H. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica.</p> <p>Se outros eventos traumáticos forem relatados, considere retornar a G13 e reavaliar o TEPT para esse evento. Do contrário, vá para H1 (TDAH), a seguir.</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p>	G40
G41		<p>CRITÉRIOS B (G19), C (G22), D (G30) e E (G37) SÃO CLASSIFICADOS COMO "SIM" PARA O ÚLTIMO MÊS, E CRITÉRIO G (G39) (RELEVÂNCIA CLÍNICA) É CLASSIFICADO COMO "+" PARA O ÚLTIMO MÊS.</p> <p>História médica anterior</p> <p>↓</p> <p>Diagnóstico: Transtorno de Estresse Pós-traumático. Continue com H1 (TDAH), a seguir.</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓ ↓</p> <p>História médica anterior Atual</p> <p>↓ ↓</p>	G41

H. TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE EM ADULTOS

	TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE ATUAL (ÚLTIMOS SEIS MESES, ADULTOS)	CRITÉRIOS DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE	
H1	<p>Durante os últimos anos, você tem se sentido facilmente distraído ou desorganizado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: Durante os últimos anos, você tem tido muita dificuldade para ficar sentado ou esperar sua vez?</p> <p>SE NÃO HÁ EVIDÊNCIAS DE QUE A PESSOA TEM ANDADO DISTRAÍDA, DESORGANIZADA, IMPULSIVA OU INCAPAZ DE FICAR SENTADA NOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ASSINALE AQUI — e vá para I1 (Rastreamento), página 250.</p>	<p>A. Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento, conforme caracterizado por (1) e/ou (2):</p>	H1
	<p>Pensando em como você tem estado durante os últimos seis meses, desde (SEIS MESES ATRÁS)...</p>	<p>1. Desatenção: Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:</p> <p>Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções.</p>	
H2	<p>...você tem perdido detalhes importantes com frequência, ou tem cometido erros no trabalho (ou na escola) ou ao tomar conta das coisas em casa? Por favor, dê-me alguns exemplos. (Você tem cometido erros frequentes no controle do seu saldo bancário ou ao pagar contas? Outras pessoas reclamaram de que você não presta atenção aos detalhes ou de que seu trabalho é descuidado?)</p>	<p>a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligência ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).</p>	— + H2
H3	<p>...você tem tido problemas frequentes para permanecer concentrado em coisas como ler um livro, acompanhar uma conversa ou fazer tarefas domésticas? Dê-me alguns exemplos.</p>	<p>b. Frequentemente tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante aulas, conversas ou leituras prolongadas).</p>	— + H3
H4	<p>...alguma pessoa comentou ou reclamou de que você pareceu não estar escutando ou de que sua mente estava em outro lugar enquanto ela estava falando? Conte-me sobre isso. (Com que frequência isso aconteceu?)</p> <p>(Isso tem acontecido mesmo quando nada mais está ocorrendo... quando não há distrações óbvias?)</p>	<p>c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).</p>	— + H4
H5	<p>...você anda iniciando coisas com frequência e, em seguida, abandonando-as sem terminá-las porque perdeu o seu foco ou o seu rumo? Dê-me alguns exemplos.</p>	<p>d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).</p>	— + H5

H6	Nos últimos seis meses, desde (SEIS MESES ATRÁS)...				
	...você tem tido problemas para organizar as coisas em casa ou no trabalho, ou para se manter informado? Conte-me sobre isso. (Sua mesa e seu armário são tão desleixados e desorganizados que você tem dificuldades para achar as coisas? Você tem tido problemas para gerenciar seu tempo, de modo que tem se atrasado muito ou tem perdido compromissos ou prazos?)	e. Frequentemente tem dificuldade para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldade em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter materiais e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazos).	—	+	H6
H7	...você costuma evitar ou detesta trabalhos ou tarefas que exijam foco nos detalhes por longos períodos, coisas como preparar um relatório para o trabalho ou escrever um artigo? Dê-me alguns exemplos dos tipos de tarefas ou trabalho que você costuma evitar ou detesta.	f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).	—	+	H7
H8	...você tem perdido ou esquecido onde colocou coisas como sua carteira, seus óculos, suas chaves ou seu telefone celular? E quanto a arquivos no trabalho ou ferramentas que você precisou para trabalhar? Conte-me sobre isso.	g. Frequentemente perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., materiais escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).	—	+	H8
H9	...você tem se distraído muito facilmente com coisas que acontecem ao seu redor que a maioria das pessoas teria ignorado, como uma buzina de carro ou outras pessoas conversando? Conte-me sobre isso. SE A RESPOSTA FOR NÃO: Você tem se distraído frequentemente com seus próprios pensamentos, os quais não tinham qualquer relação com o que estava fazendo?	h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).	—	+	H9
H10	...você tem estado muito esquecido ultimamente, por exemplo, tem se esquecido de retornar ligações, pagar contas ou comparecer a compromissos? Conte-me sobre isso.	i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados).	—	+	H10
H11		AO MENOS CINCO DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO A1 ACIMA (DESATENÇÃO) (H2–H10) SÃO CLASSIFICADOS COMO "+".	NÃO	SIM ↓ O Critério A1 de TDAH é satisfeito.	H11

	Pensando em como você tem estado durante os últimos seis meses, desde (SEIS MESES ATRÁS)...	<p>2. Hiperatividade e impulsividade: Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas persistem por pelo menos seis meses em um grau que é inconsistente com o nível do desenvolvimento e têm impacto negativo diretamente nas atividades sociais e acadêmicas/profissionais:</p> <p>Nota: Os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções.</p>		
H12	...você se remexeu ou contorceu ou batucou com seus pés, com frequência, quando em situações em tinha que ficar sentado sem se mexer, como em um avião, na sala de aula ou em reuniões? Conte-me sobre isso.	a. Frequentemente remexe ou batuca com as mãos ou os pés, ou se contorce no assento.	— +	H12
H13	...você se levantou do seu lugar, com frequência, quando se esperava que você permanecesse sentado, por exemplo, durante um rito religioso, em um cinema, na sala de aula ou em reuniões? Conte-me sobre isso.	b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do seu lugar em sala de aula, no escritório ou em outro local de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).	— +	H13
H14	...você se sentiu fisicamente agitado com frequência, especialmente quando teve que ficar imóvel por um tempo? Conte-me sobre isso.	c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (Nota: Em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude.)	— +	H14
H15	...você tem se sentido incapaz de fazer alguma coisa tranquila em seu tempo livre, como ler um livro? Conte-me sobre isso. (Outras pessoas disseram que você fala demais ou que faz barulho demais quando deveria ficar quieto?)	d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer calmamente.	— +	H15
H16	...você se sentiu, com frequência, como se tivesse que se mexer ou fazer algo constantemente? Você se sentiu desconfortável por ter que ficar parado durante algum tempo? Ouviu de outras pessoas que é difícil acompanhá-lo? Outras pessoas lhe disseram que estar com você é exaustivo ou esgotante? Conte-me sobre isso.	e. Com frequência “não para”, agindo como se estivesse “com o motor ligado” (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).	— +	H16
H17	...você tem falado demais com frequência? Conte-me sobre isso. (Outras pessoas reclamaram que você fala demais? Com que frequência isso acontece?)	f. Frequentemente fala demais.	— +	H17
H18	...você costuma terminar as frases das pessoas ou deixa escapar uma resposta antes que a outra pessoa tenha terminado de fazer a pergunta? Conte-me sobre isso. (Frequentemente você tem dificuldade para esperar a sua vez nas conversas?)	g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).	— +	H18
H19	...você tem tido dificuldade para esperar a sua “vez”, como aguardar em uma fila ou fazer um pedido em um restaurante? Descreva o que acontece.	h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).	— +	H19

H20	Nos últimos seis meses, desde (SEIS MESES ATRÁS)...				
	...você interrompeu com frequência as outras pessoas enquanto elas estavam falando ou se intrometeu nas conversas dos outros? E quanto a assumir o que outra pessoa estava fazendo, como quando alguém estava demorando demais para abrir uma porta ou consertar algo? Dê-me alguns exemplos de quando isso aconteceu.	i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle sobre o que outros estão fazendo).	—	+	H20
H21		PELO MENOS CINCO DOS SINTOMAS DO CRITÉRIO A2 ACIMA (HIPERATIVIDADE-IMPULSIVIDADE) (H12–H20) SÃO CLASSIFICADOS COMO "+".	NÃO	SIM ↓ O Critério A2 de TDAH é satisfeito.	H21
H22		PELO MENOS CINCO SINTOMAS DO CRITÉRIO A1 (H11) OU DO CRITÉRIO A2 (H21) SÃO CLASSIFICADOS COMO "+".	NÃO	SIM ↓ Vá para I1 (Rastreamento), página 250.	H22
H23	Qual era a sua idade quando começou a ter alguns desses (SINTOMAS CLASSIFICADOS COMO "+")? (Isso foi antes dos 12?) Conte-me sobre isso. (Os professores reclamavam que você não estava prestando atenção ou que falava demais em aula? Você já foi mandado para a sala do diretor por causa do seu comportamento? Os seus pais reclamavam porque você não conseguia ficar sentado no lugar, era desleixado demais ou estava sempre atrasado?)	B. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estavam presentes antes dos 12 anos de idade.	—	+	H23
			↓	Vá para I1 (Rastreamento), página 250.	
H24	SE FOR DESCONHECIDO: Essas coisas sobre as quais me contou, como (SINTOMAS CLASSIFICADOS COMO "+"), aconteceram em mais de uma área da sua vida, como no trabalho e em casa? Ou elas eram restritas a uma única situação, por exemplo, apenas no trabalho, mas nunca quando você estava com amigos ou com a família?	C. Vários sintomas de desatenção ou hiperatividade-impulsividade estão presentes em dois ou mais ambientes (p. ex., em casa, na escola, no trabalho; com amigos ou parentes; em outras atividades).	—	+	H24
			↓	Vá para I1 (Rastreamento), página 250.	

H25	<p>SE NÃO ESTIVER CLARO: Que efeitos os (SINTOMAS DE TDAH) tiveram em sua vida nos últimos seis meses, desde (SEIS MESES ATRÁS)?</p> <p>FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS <u>APENAS QUANDO FOR NECESSÁRIO</u>:</p> <p>Como os (SINTOMAS DE TDAH) têm afetado seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os [SINTOMAS DE TDAH] têm causado problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)</p> <p>Como os (SINTOMAS DE TDAH) têm afetado seu trabalho/seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? Os [SINTOMAS DE TDAH] têm tornado mais difícil a realização do seu trabalho/das suas tarefas escolares? Os [SINTOMAS DE TDAH] têm afetado a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?)</p> <p>Como os (SINTOMAS DE TDAH) têm afetado sua capacidade de tomar conta das coisas em casa? Os seus (SINTOMAS DE TDAH) fizeram com que fosse difícil fazer coisas que são importantes para você, como atividades religiosas, exercícios físicos ou passatempos?</p> <p>Os (SINTOMAS DE TDAH) afetaram outra parte importante da sua vida?</p>	<p>D. Há evidências claras de que os sintomas interferem no funcionamento social, acadêmico ou profissional ou de que reduzem sua qualidade.</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>Vá para I1 (Rastreamento), a seguir.</p>	H25
H26	<p>SE UM TRANSTORNO PSICÓTICO FOI DIAGNOSTICADO: Você teve (SINTOMAS DE TDAH CLASSIFICADOS COMO "+") antes que tivesse (SINTOMAS DE TRANSTORNO PSICÓTICO)?</p>	<p>E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de Esquizofrenia ou Outro Transtorno Psicótico e não são mais bem explicados por outro transtorno mental (p. ex., Transtorno Depressivo, Transtorno Bipolar, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo, Transtorno da Personalidade, Intoxicação ou Abstinência de Substância).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓ ↓</p> <p>Vá para I1 (Rastreamento), a seguir.</p>	H26
<p>Diagnóstico: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (atual)</p> <p>Apresentação combinada: Se o Critério A1/item H11, página 246 (desatenção) e o Critério A2/item H21, página 248 (hiperatividade-impulsividade) são satisfeitos durante os últimos seis meses.</p> <p>Apresentação Predominantemente Desatenta: Se o Critério A1/item H11, página 246 (desatenção) é satisfeito, mas o Critério A2/item H21, página 248 (hiperatividade-impulsividade) não é satisfeito durante os últimos seis meses.</p> <p>Apresentação Predominantemente Hiperativa/Impulsiva: Se o Critério A2/item H21, página 248 (hiperatividade-impulsividade) é preenchido, e o Critério A1/item H11, página 246 (desatenção) não é preenchido nos últimos seis meses.</p> <p>Vá para I1 (Rastreamento), a seguir.</p>				

I. RASTREAMENTO DE OUTROS TRANSTORNOS ATUAIS

Agora, eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre outros problemas que você pode estar vivenciando.		
SE A RESPOSTA A QUALQUER DAS SEGUINTE PERGUNTAS FOR "SIM", SIGA COM PERGUNTAS ADICIONAIS, COMO "Fale-me mais sobre isso", "Isso está causando um problema para você ou interferindo em sua vida?" E "Você está recebendo ajuda em relação a isso?".		
I1	<p>SE O PACIENTE FOR BIOLOGICAMENTE HOMEM, MULHER NO PERÍODO PÓS-MENOPÁUSICO, MULHER GRÁVIDA OU MULHER QUE SE SUBMETEU A UMA OVÁRIO-HISTERECTOMIA, PULE PARA A PRÓXIMA PERGUNTA (I2).</p> <p>Examinando retrospectivamente seus ciclos menstruais durante os últimos 12 meses, de (UM ANO PARA CÁ), você teve sintomas de humor, como raiva, irritabilidade, ansiedade ou depressão, que se desenvolveram antes do seu período menstrual e, depois, desapareceram durante a semana após esse período?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Depois que a menstruação começou, os problemas desapareceram por pelo menos uma semana?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA AMBAS: Considere Transtorno Disfórico Pré-menstrual (DSM-5, p.171; Guia do Usuário, p.116).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>POSSÍVEL TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL</p> <p>I1</p>
I2	<p>Nos últimos seis meses, desde (SEIS MESES ATRÁS), aconteceram coisas que o deixaram particularmente ansioso ou amedrontado, como voar, ver sangue, tomar injeção, alturas, lugares fechados ou certos tipos de animais ou insetos?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Considere Fobia Específica (DSM-5, p.197; Guia do Usuário, p.117).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>POSSÍVEL FOBIA ESPECÍFICA</p> <p>I2</p>
I3	<p>Nos últimos seis meses, você se sentiu particularmente ansioso em relação a ficar separado das pessoas a quem você é apegado (como seus pais, filhos ou parceiro)?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Considere Transtorno de Ansiedade de Separação (DSM-5, p.190; Guia do Usuário, p.118).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>POSSÍVEL TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO</p> <p>I3</p>
I4	<p>No último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), você achou difícil jogar fora, vender ou dar coisas?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Considere Transtorno de Acumulação (DSM-5, p.247; Guia do Usuário, p.119).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>POSSÍVEL TRANSTORNO DE ACUMULAÇÃO</p> <p>I4</p>
I5	<p>No último mês, você andou muito preocupado com a possibilidade de que haja algo errado em sua aparência física ou na aparência de uma ou mais partes do seu corpo?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Considere Transtorno Dismórfico Corporal (DSM-5, p.242; Guia do Usuário, p.119).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>POSSÍVEL TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL</p> <p>I5</p>
I6	<p>No último mês, você arrancou repetidamente os cabelos de qualquer parte do seu corpo por razões que não fossem estéticas?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Considere Tricotilomania (Transtorno de Arrancar o Cabelo) (DSM-5, p.251; Guia do Usuário, p.120).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>POSSÍVEL TRICOTILOMANIA</p> <p>I6</p>

I7	<p>No último mês, você beliscou repetidamente sua pele com as unhas, pinças, alfinetes ou outros objetos?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Considere Transtorno de Escoriação (Skin-picking) (DSM-5, p.254; Guia do Usuário, p.120).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>POSSÍVEL TRANSTORNO DE ESCORIAÇÃO</p>	I7
I8	<p>Durante os últimos três meses, desde (TRÊS MESES ATRÁS), uma de suas principais preocupações tem sido o fato de não ter dormido o suficiente ou não ter se sentido descansado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Considere Transtorno de Insônia (DSM-5, p.362; Guia do Usuário, p.121).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>POSSÍVEL TRANSTORNO DE INSÔNIA</p>	I8
I9	<p>Durante os últimos três meses, frequentemente você teve dias em que estava se sentindo sonolento, embora tivesse dormido pelo menos sete horas?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Considere Transtorno de Hipersonolência (DSM-5, p.368; Guia do Usuário, p.121).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>POSSÍVEL TRANSTORNO DE HIPERSONOLÊNCIA</p>	I9
I10	<p>Nos últimos três meses, houve um período em que o seu peso foi muito menor do que as outras pessoas achavam que ele deveria ser?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Considere Anorexia Nervosa (DSM-5, p.338; Guia do Usuário, p.122).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>POSSÍVEL ANOREXIA NERVOSA</p>	I10
I11	<p>Nos últimos três meses, você teve episódios de compulsão alimentar, isto é, momentos em que não pode resistir ao impulso de comer muito ou em que não conseguiu parar de comer depois de começar?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Considere Bulimia Nervosa (DSM-5, p.345; Guia do Usuário, p.122) ou Transtorno de Compulsão Alimentar (DSM-5, p.350; Guia do Usuário, p.123).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>POSSÍVEL BULIMIA NERVOSA OU TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR</p>	I11
I12	<p>No último mês, desde (UM MÊS ATRÁS), você perdeu o interesse por comida em geral ou andou se esquecendo de comer?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: No último mês, você evitou comer muitas comidas por causa da aparência delas ou da sensação que elas produziam ao colocá-las na sua boca?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: No último mês, você evitou comer muitas comidas diferentes porque tem medo de que não irá conseguir engoli-las ou de que irá sufocar, engasgar-se ou vomitar?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA QUALQUER UMA DESSAS PERGUNTAS: Considere Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo (DSM-5, p.334; Guia do Usuário, p.123).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>POSSÍVEL TRANSTORNO ALIMENTAR RESTRITIVO/ EVITATIVO</p>	I12
I13	<p>Nos últimos seis meses, desde (SEIS MESES ATRÁS), você se sentiu incomodado por quaisquer sintomas físicos?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Considere Transtorno de Sintomas Somáticos (DSM-5, p.311; Guia do Usuário, p.124).</p>	<p>NÃO SIM</p> <p>↓</p> <p>POSSÍVEL TRANSTORNO DE SINTOMAS SOMÁTICOS</p>	I13

I14	<p>Durante os últimos seis meses, você passou muito tempo pensando que tem ou terá uma doença grave?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Considere Transtorno de Ansiedade de Doença (DSM-5, p.315; Guia do Usuário, p.124).</p>	<p>NÃO</p> <p>SIM ↓</p> <p>POSSÍVEL TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE DOENÇA</p>	I14
I15	<p>Nos últimos 12 meses, de (UM ANO PARA CÁ), frequentemente você teve períodos em que perdeu o controle do seu temperamento e acabou gritando ou discutindo com os outros?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR NÃO: No último ano, você perdeu sua calma a ponto de empurrar, acertar, chutar ou jogar alguma coisa em uma pessoa ou em um animal ou danificar a propriedade de alguém?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM PARA UMA DAS PERGUNTAS: Considere Transtorno Explosivo Intermitente (DSM-5, p.466; Guia do Usuário, p.125).</p>	<p>NÃO</p> <p>SIM ↓</p> <p>POSSÍVEL TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE</p>	I15
I16	<p>Nos últimos 12 meses, você apostou ou comprou bilhetes de loteria com frequência?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Considere Transtorno do Jogo (DSM-5, p.585; Guia do Usuário, p.126).</p>	<p>NÃO</p> <p>SIM ↓</p> <p>POSSÍVEL TRANSTORNO DE JOGO</p>	I16

Vá para **J1**,
(Transtorno de
Adaptação),
a seguir

J. TRANSTORNO DE ADAPTAÇÃO

TRANSTORNO DE ADAPTAÇÃO ATUAL (ÚLTIMOS SEIS MESES)		CRITÉRIOS DE TRANSTORNO DE ADAPTAÇÃO
<p>CONSIDERE TRANSTORNO DE ADAPTAÇÃO APENAS SE 1) HÁ UM ESTRESSOR IDENTIFICADO E 2) OCORRERAM SINTOMAS NOS ÚLTIMOS SEIS MESES QUE NÃO SATISFAZEM OS CRITÉRIOS PARA OUTRO TRANSTORNO DO DSM-5.</p> <p>SE OS SINTOMAS SATISFAZEM OS CRITÉRIOS PARA UM TRANSTORNO DO DSM-5 <u>NÃO</u> INCLUÍDO NA SCID-5-CV, OU SATISFAZEM OS REQUISITOS QUE DEFINEM DE OUTRA CATEGORIA OU DE UMA CATEGORIA NÃO ESPECIFICADA NÃO INCLUÍDA NA SCID-5-CV (P. EX., OUTRO TRANSTORNO DE ANSIEDADE ESPECIFICADO OU TRANSTORNO DE ANSIEDADE NÃO ESPECIFICADO), REGISTRE ESSE TRANSTORNO E O CÓDIGO DIAGNÓSTICO DA CID-10-MC NO FINAL DA FICHA DE PONTUAÇÃO DO SUMÁRIO DIAGNÓSTICO, NA PÁGINA 163.</p> <p>DO CONTRÁRIO, A SCID-5-CV FOI COMPLETADA.</p>		
<p>J1</p> <p>INFORMAÇÕES OBTIDAS A PARTIR DA VISÃO GERAL DA DOENÇA PRESENTE GERALMENTE SERÃO SUFICIENTES PARA CLASSIFICAR ESTE CRITÉRIO.</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Aconteceu alguma coisa antes de os (SINTOMAS) terem começado?</p> <p>SE A RESPOSTA FOR SIM: Conte-me o que aconteceu. Você acha que o (ESTRESSOR) teve alguma coisa a ver com o desenvolvimento dos seus (SINTOMAS)?</p> <p>SE O EVENTO FOR ÚNICO: Quanto tempo após o (ESTRESSOR) ter começado você passou a desenvolver os (SINTOMAS)? (Foi em até três meses?)</p> <p>SE O ESTRESSOR FOR CRÔNICO: Quanto tempo após o (ESTRESSOR) ter começado você passou a desenvolver os (SINTOMAS)? (Foi em até três meses?)</p>	<p>A. Desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais em resposta a um estressor ou estressores identificáveis ocorrendo dentro de três meses do início do estressor ou estressores.</p>	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>FIM DA SCID-5-CV</p> <p>J1</p>
<p>J2</p> <p>SE FOR DESCONHECIDO: Que efeito os (SINTOMAS) tiveram em sua vida?</p> <p>FAÇA AS SEGUINTE PERGUNTAS <u>QUANDO FOR NECESSÁRIO</u>:</p> <p>Como os (SINTOMAS) têm afetado seus relacionamentos ou suas interações com outras pessoas? (Os [SINTOMAS] têm causado problemas em seus relacionamentos com familiares, parceiros românticos ou amigos?)</p> <p>Como os (SINTOMAS) afetaram seu trabalho/seus estudos? (E quanto à sua assiduidade no trabalho/nos estudos? Os [SINTOMAS] têm tornado mais difícil a realização do seu trabalho/das suas tarefas escolares? Os [SINTOMAS] têm afetado a qualidade do seu trabalho/das suas tarefas escolares?)</p> <p>Como os (SINTOMAS) têm afetado sua capacidade de tomar conta das coisas em casa? E quanto a se envolver em coisas que são importantes para você, como atividades religiosas, exercício físico ou passatempos?</p> <p>Os (SINTOMAS) afetaram outra parte importante da sua vida?</p> <p>SE ELES NÃO INTERFEREM NA VIDA: O quanto você se sente incomodado ou aborrecido por ter (SINTOMAS)?</p>	<p>B. Esses sintomas ou comportamentos são clinicamente significativos, conforme evidenciado por um ou mais dos seguintes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sofrimento intenso desproporcional à gravidade ou à intensidade do estressor, considerando-se o contexto cultural e os fatores culturais que poderiam influenciar a gravidade e a apresentação dos sintomas. 2. Prejuízo significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. 	<p>— +</p> <p>↓</p> <p>FIM DA SCID-5-CV</p> <p>J2</p>

J3	(Você já teve esse tipo de reação muitas vezes?) (Você teve esses [SINTOMAS] mesmo antes de o [ESTRESSOR] ter acontecido?)	C. A perturbação relacionada ao estresse não satisfaz os critérios para outro transtorno mental e não é uma mera exacerbação de um transtorno mental preexistente [incluindo Transtorno da Personalidade].	NÃO SIM ↓ FIM DA SCID-5-CV	J3
J4	SE FOR DESCONHECIDO: Alguém próximo a você morreu logo antes de os (SINTOMAS) começarem?	D. Os sintomas não representam luto normal.	NÃO SIM ↓ FIM DA SCID-5-CV	J4
J5	SE FOR DESCONHECIDO: Quanto tempo se passou desde que (ESTRESSOR E SUAS CONSEQUÊNCIAS) terminaram?	E. Uma vez que o estressor ou suas consequências tenham cedido, os sintomas não persistem por mais de seis meses.	- + ↓ FIM DA SCID-5-CV	J5

Diagnóstico: Transtorno de Adaptação (atual)

Com humor deprimido: Humor deprimido, choro fácil ou sentimentos de desesperança são predominantes.

Com ansiedade: Nervosismo, preocupação, inquietação ou ansiedade de separação são predominantes.

Com Misto de Ansiedade e Depressão: Predomina uma combinação de depressão e ansiedade.

Com Perturbação da Conduta: Predomina a perturbação da conduta.

Com Distúrbio Misto de Emoções e da Conduta: Tanto os sintomas emocionais (p. ex., depressão, ansiedade) quanto uma perturbação da conduta são predominantes.

Não Especificado: Para reações desadaptativas que não são classificáveis como um dos subtipos específicos do Transtorno de Adaptação.