**Grupo I: Sintomas relacionados aos transtornos mentais comuns – APLICAR PARA TODOS OS PACIENTES**

1. Sensação de morte iminente e/ou pânico: episódios de ansiedade, que são de grande intensidade e que duram apenas alguns minutos (ataques). Nesses episódios, há uma grande riqueza de sinais e sintomas físicos, como palpitação, dor no peito, falta de ar, vertigem, sensação de desmaio, tremor, ondas de calor ou calafrios, náuseas e formigamentos. Esses ataques são tão intensos que o indivíduo apresenta medo de morrer, de enlouquecer ou de perder o controle sobre seus atos. Em função das alterações cardiorrespiratórias, muitas vezes ele acredita que está tendo um ataque cardíaco (infarto).
2. Medo Intenso (Fobia): é uma forma especial de ansiedade, pois está relacionada com um objeto, atividade ou situação específica, e não é justificada pelo estímulo que a provocou (ou a reação é desproporcional a este estímulo). O paciente reconhece a sua reação como irracional ou exagerada e adota um comportamento de esquiva. Existem formas de medo intenso ou fobias:
3. Agorafobia – comportamento de esquiva em relação a lugares ou situações em que a fuga seria difícil ou embaraçosa, ou na qual o socorro poderia não ser disponível, caso o paciente apresente um ataque de pânico. O paciente evita passar por túneis ou pontes; andar de trem, metrô, avião, ônibus; evita estar no meio de uma multidão ou em uma fila. Em casos mais graves, recusa-se a ficar sozinho ou não sai mais de casa. Quando o indivíduo se encontra em uma dessas situações temidas, apresenta uma sensação de profundo desamparo.
4. Fobia Social: caracterizada por um medo persistente, excessivo e incapacitante de agir de forma ridícula ou inadequada diante de outras pessoas. O indivíduo tem a expectativa de que será avaliado negativamente em situações sociais nas quais tenha que desempenhar alguma atividade e teme ser humilhado ou demonstrar embaraço. A exposição a essas situações sociais produz uma reação imediata de ansiedade. Assim, essas situações sociais são invariavelmente evitadas. A situação mais comumente temida por pacientes neste caso é falar em público.
5. Outros quadros fóbicos: a ansiedade pode estar relacionada com elementos da natureza, como tempestades, altura, água, animais, sangue, ferimentos ou injeção ou lugares fechados.

OBERVAÇÃO: este medo intenso (FOBIA) se distingue do medo habitual pelo fato de que o domínio incoercível e intenso do temor é reconhecido intelectualmente como impróprio, exagerado, não fundamentado e se acompanha por uma experiência subjetiva de resistência

interna que se lhe opõe. A consciência do caráter mórbido do fenômeno pode ser total, parcial ou temporária. As fobias induzem a determinados atos, as chamadas condutas de fuga.

1. Desrealização: é uma alteração da consciência do EU, logo os pacientes vivenciam as alterações como algo concreto e real, não se expressam num sentido meramente metafórico (“como se”). Para o paciente o mundo externo, como meio ambiente e os objetos familiares parecem diferentes, desconhecidos, irreais, fantásticos ou em transformação. Alteração comumente encontrada no trema (síndrome que muitas vezes precede a esquizofrenia). Mas, também pode ser vista no transtorno de despersonalização, no transtorno de pânico (durante os ataques de pânico), no transtorno depressivo maior; no TEPT.
2. Despersonalização: também é um distúrbio da consciência da unidade do EU, da identidade do EU ao longo do tempo, e da consciência do EU em oposição ao exterior. O doente pode vivenciar a si próprio como irreal, transformado, estranho, múltiplo. Pode ser passageiro ou durar longo período. Existe um transtorno da identidade ao longo do tempo, quando o paciente presume que agora é outra pessoa, não mais a mesma que fora antes, no passado. Ele está incerto: “Sou eu mesmo que vivencia isto, ou trata-se de outro?”. Por exemplo: “um paciente do sexo masculino sente que vai se transformar em mulher”. Também pode apresentar um delírio de metamorfose, por exemplo, transforma-se em animais selvagens ou domésticos (gato, cachorro).

Sendo assim, refere-se a um estado de perplexidade em relação ao próprio eu, um estado no qual as vivências de transformação do eu se acompanham de sentimentos de não familiaridade em relação a si mesmo. A despersonalização pode estar associada à desrealização, quando esses mesmos sentimentos estão relacionados ao mundo externo. Esta é uma alteração possível em casos de esquizofrenia, depressão grave, estado crepuscular epiléptico, intoxicação com alucinógenos, nas crises de pânico e nos quadros dissociativos histéricos.

1. Crise Conversiva: a conversão se caracteriza por perda ou alteração de alguma função motora ou sensorial. O quadro se parece com uma doença neurológica, mas o exame físico e os exames complementares não detectam alterações objetivas correspondentes aos sintomas apresentados pelo paciente, indicando que nenhuma doença neurológica está de fato presente. Os sintomas surgem de forma súbita, geralmente como uma reação a um evento de estresse psicossocial, e também desaparecem repentinamente. Não se trata de fingimento ou de simulação consciente, pois o paciente vivencia seus sintomas como reais. Entre as alterações da psicomotricidade, encontramos movimentos anormais, perda da capacidade de ficar em pé e de andar, fraqueza, paralisias de membros, tremores, pseudoconvulsões, afonia e mutismo. Entre as alterações de sensopercepção estão a anestesia, surdez, cegueira, hiperestesia. Tipicamente, um paciente em um quadro conversivo apresenta uma atitude teatral, dramática, sedutora, exibicionista ou manipuladora.

Acredita-se que um aspecto central da crise seja a (auto) sugestionabilidade patológica.

Importante realizar perguntas abertas: você alguma vez já experimentou problemas com sua visão – como estar cego – ou com o caminhar – como ficar paralisado?

1. Crise Dissociativa: é uma perturbação das funções normalmente integradas da consciência, memória, identidade ou percepção. Nesses quadros há um prejuízo na capacidade de integração dos diversos elementos e funções mentais. As alterações envolvem basicamente a consciência (ou vigilância), a consciência da identidade do EU ou a memória.

São exemplos de síndromes dissociativas: os estados crepusculares; as vivências de possessão (o indivíduo se sente dominado por um espírito); o transtorno dissociativo de identidade (antigo transtorno de personalidade múltipla) e as fugas dissociativas (o indivíduo aparece em um lugar distante de onde vivia, lá assumindo uma nova identidade pessoal, esquecendo-se por completo da anterior).

A família e os amigos várias vezes testemunharam esse tipo de blackout e contaram ao paciente que ele assumia um nome diferente, se vestia de forma diferente, falava com uma voz diferente e alegava estar ciente da sua identidade.

As síndromes de conversão e dissociativas apresentam vários elementos em comum: as características da atitude, a sugestionabilidade patológica, o início e o desaparecimento súbitos dos sintomas e a relação temporal com um evento de estresse.

A síndrome dissociativa está presente não apenas nos transtornos dissociativos, mas também no transtorno do estresse agudo e, eventualmente, no transtorno de personalidade borderline.

1. Queixas Somáticas Persistentes e/ou hipocondríacas: as queixas somáticas são caracterizadas por sensações ou sintomas físicos, sem causa biológica explicável (náuseas, vômitos, indigestão, obstipação, dispneia, vertigem, opressão pré-cordial, cefaléia, lombalgias, sensação de peso nas pernas, sensação de calor, calafrios, rigidez muscular...). A relação angustiosa com o próprio corpo, no qual podem ser percebidas sensações estranhas; temores, sem fundamentos objetivos, de ser ou de vir a ser doente. Na hipocondria não delirante, observa-se uma atenção aumentada para fenômenos corporais, que são observados com uma preocupação angustiosa exagerada.
2. Pensamentos e/ou comportamentos repetitivos com ou sem conjunto de rituais: os conteúdos de pensamento são persistentes e obsessivos. É característico a imposição de um pensamento não desejado no campo da consciência, insistente, repetido, constante, reconhecido pelo indivíduo como seu, entretanto repudiado como incômodo ou odioso. Não sofre influência da vontade. Os conteúdos das representações obsessivas não devem ser necessariamente sem sentido. O que pode parecer injustificado ou sem sentido é o caráter da persistência e de imposição. Aqui devem ser reunidos: ideias, pensamentos, representações, lembranças, indagações, ruminações e temores qualificados de obsessivos.

Já as ações de caráter obsessivo que geralmente são consequência de impulsos ou temores obsessivos são chamadas de compulsões. São uma tendência a atos impulsivos, por vezes, agressivos, particularmente temidos ou não desejados (lavar-se de forma obsessiva, verificar portas...). Estas ações são realizadas de uma forma pré-determinada, repetidas em um número específico de vezes e esses rituais podem se acompanhar da dúvida de não terem sido executados ao pé da letra, mas mesmo sem essa dúvida, as repetições dos rituais obsessivos são frequentes.

1. Pensamentos de inutilidade e/ou sentimento de culpa: o pensamento de inutilidade é marcado por sentimentos de não ter valor, de não ser importante, de ser incapaz, de falta de talento, de ser tolo, odioso; ou seja, perdem a confiança na própria capacidade de ação. Já o sentimento de culpa está presente quando o paciente sente-se responsável por atos, pensamentos ou desejos que, na sua opinião, são condenáveis pelos preceitos religiosos ou por alguma instância superior. Se o fenômeno manifesto consiste no DELÍRIO DE CULPA, a pontuação deverá ser marcada no GRUPO II (Delírio – somando 8 pontos).

Para diferenciar: no DELÍRIO DE CULPA o doente presume ter infringido os mandamentos de DEUS ou os ditames de uma instância moral superior (DELÍRIO DE PECADO). Ou, ainda, está convencido de ter violado leis ou de ter traído a confiança de alguém. Pode tratar-se de um pensamento delirante ou de uma valorização exagerada das faltas e dos delitos reais, provocados por sentimentos de culpa patológicos. O doente sente-se depreciado, com sentimentos de inferioridade, rejeitado e indigno de perdão. Pode tratar-se também de sentimentos de culpa pelo que deixou de fazer, por exemplo, por seus filhos, de não ter procurado um médico a tempo, ou algo parecido. Geralmente, são remorsos por ações passadas, tais como interrupção da gravidez, perversões sexuais, etc.

1. Tristeza Persistente acompanhada ou não de choro: estado cujos sentimentos apresentam tonalidade afetiva negativa. Deve persistir durante a entrevista ou por tempo mais longo. Com isto, compreende-se um amplo espectro de sentimentos, que vai desde aqueles estados caracterizados por expressões tais como “estou muito triste”, “nada me diverte”, ou por uma disposição afetiva de mal-estar, desânimo, abatimento, perda de interesse, preocupação, aflição, desalento, desamparo, até estados de terríveis e indescritíveis “martírios interiores”. Alguns pacientes choram, outros estão abatidos, alguns são inquietos e outros estão como que “petrificados em dor e martírio”.

**Grupo II: Sintomas relacionados aos transtornos mentais severos e persistentes – APLICAR PARA TODOS OS PACIENTES**

1. Plano e/ou tentativa de suicídio: ideias de auto-destruição, planos de auto-destruição, desejos de morrer, rituais de auto-destruição, tentativas de suicídio. As ideias, desejos, tendências a atos suicidas devem ser valorizados cada um em função de sua intensidade.
2. Isolamento social e/ou familiar: diminuição dos contatos sociais e o contato interpessoal nos diferentes ambientes onde está inserido.
3. Heteroagressividade e/ou autoagressividade: a HETEROAGRESSIVIDADE é uma tendência a atos de violência, de caráter ofensivo ou defensivo, e agressões verbais (injúria, insultos). A conduta agressiva ocorre quando os atos de agressão são efetivados em relação a pessoas ou ao ambiente. A Autoagressividade são as agressões auto-infligidas que não constituem ameaça à vida. Por exemplo: bater com a cabeça na parede, arranhar a pele, furar o corpo com alfinetes, arrancar os cabelos (tricotilomania), provocar o vômito de forma insistente...
4. Desinibição social e sexual: grande facilidade quanto ao contato social , não se sente constrangido ao falar até mesmo de sua vida sexual, podendo violar normais sociais e tornar-se inconveniente. Por exemplo: pode assediar sexualmente o examinador.
5. Hiperatividade associada ou não a atos impulsivos: aumento patológico da atividade motora voluntária sem meta determinada, podendo atingir até o estado extremo de agitação ou frenesi. Pode ser acompanhada de fala excessiva, heteroagressividade e de atos impulsivos (aumento da atividade e da iniciativa no âmbito de toda ação ordenada e dirigida para uma finalidade determinada).
6. Euforia: é uma exaltação afetiva na qual o humor está exacerbado, caracterizado por um sentimento de bem-estar, prazer, alegria, confiança em si mesmo de forma excessiva. Ou seja: exaltação dos sentimentos vitais.
7. Elevação Desproporcional da autoestima: podendo estar caracterizada pelas atitudes: bizarra (roupas muito coloridas e chamativas, excesso de maquiagem, perfume em demasia, muitos enfeites); exibicionista (roupas muito curtas e decotadas); expansiva; desinibida; irônica ou arrogante e hostil. Ainda pode ser verificada na alteração do conteúdo do pensamento, com ideias deliróides de grandeza e na alteração da consciência do EU (com aumento da existência do EU).
8. Delírio: esta é uma alteração do conteúdo do pensamento no qual há um juízo falso da realidade, de origem mórbida, que se manifesta com evidência apriorística (certeza independente da experiência) e aos quais se lhes adere uma certeza subjetiva (convicção extraordinária), ainda que estejam em contraposição com a realidade e a experiência dos demais indivíduos, assim como em oposição às opiniões e às crenças coletivas. O doente, em geral, não tem necessidade de fundamentos para manter suas concepções delirantes. Sua certeza é evidente por si mesma. Está relacionada a uma profunda transformação da personalidade, sendo a expressão de um processo: o surgimento de algo novo, duradouro e irreversível na vida mental. São vivências delirantes primárias:

A-Percepção Delirante: quando percepções verdadeiras recebem uma significação anormal, geralmente no sentido da auto-referência, sem que para isso existam motivos objetivos compreensíveis, não só do ponto de vista da razão como dos sentimentos. Logo, fala-se de uma interpretação falsa de uma percepção real.

Ex: “Aqueles traços no céu (fumaça de avião) significam que DEUS me envia um sinal”.

Ex: “O médico inclinou a cabeça, ao despedir-se, pretendendo dizer com isso que tenho câncer”.

B-Representação Delirante: quando um significado anormal é dado a uma recordação normal.

Ex: Uma recordação clara, de como o Papa Francisco, ao passar no papamóvel, quando visitou o Brasil, olhou justamente para ele o confirma que então é o filho do Papa”.

C-Cognição Delirante: consiste numa convicção patológica intuitiva, uma certeza súbita, uma revelação imediata, que prescinde por completo de conexões significativas com quaisquer dados perceptivos ou representativos.

Ex: O indivíduo sabe que de repente é Jesus Cristo, mas isso não está relacionado com nada que ele tenha visto, ouvido ou se lembrado.

1. Alucinação: é a percepção de um objeto sem que este esteja presente, ou seja, sem o estímulo sensorial respectivo. Apesar da dificuldade conceitual, a clínica registra indivíduos que percebem perfeitamente uma voz, ruído ou uma imagem, com todas as características de uma percepção normal, corriqueira, sem a presença real do objeto. As alucinações podem ser visuais, auditivas, olfativas, gustativas, cutâneas (sensações táteis, térmicas, dolorosas e de umidade), cenestésicas (viscerais) ou cinestésicas (movimento). São indícios de atividade alucinatória: atenção comprometida (o paciente parece estar prestando atenção em outra coisa que não as perguntas do entrevistador); mudanças súbitas da posição da cabeça; fisionomia de terror ou de beatitude; proteção dos ouvidos, olhos, narinas ou órgãos genitais com as mãos, algodão ou outro material; falar sozinho; dar respostas incoerentes em relação às perguntas; risos sem motivo aparente; olhar fixo em determinada direção, desvios súbitos do olhar, movimento defensivo com as mãos; recusa sistemática de alimentos; movimentos com as mãos como que afastando algo da superfície do corpo; peças metálicas ou outros dispositivos junto à indumentária para deter irradiação ou descargas elétricas no corpo.
2. Alteração do Curso do Pensamento: o pensamento pode apresentar 3 alterações em seu curso, são elas:

Aceleração: o paciente fala mais rápido; há uma maior produtividade ideativa e uma maior velocidade no processo associativo.

Alentecimento: o paciente fala mais devagar; há uma redução no número de ideias e representações, e inibição do processo associativo.

Interrupção do Curso: também chamado de bloqueio onde abruptamente, e sem qualquer motivo aparente, o paciente interrompe a sua fala, deixando de completar uma ideia. Algumas vezes a interrupção se dá no meio da frase, ou mesmo de uma palavra. Após um intervalo, que varia entre alguns poucos minutos e várias horas, o paciente pode completar o pensamento interrompido ou, o que é mais frequente, inicia um outro ciclo de pensamento, inteiramente diverso do anterior. A vivência do paciente é a de que o fluxo do seu pensamento cessou ou rompeu-se, resultando num branco, num vazio, em sua mente.

1. Perda do Juízo crítico da Realidade: as atividades fundamentais do pensamento são a elaboração de conceitos, a formação de juízos e o raciocínio. O juízo estabelece uma relação entre dois ou mais conceitos. Consiste no ato da consciência de afirmar ou negar algum atributo ou qualidade a um objeto ou fenômeno. Sendo assim a perda do juízo crítico ocorre quando há um julgamento falso ou distorcido da realidade externa motivado por fatores patológicos psíquicos.

**Grupo III: Sintomas Relacionados à Dependência de Álcool e outras Drogas – APLICAR APENAS PARA OS PACIENTES QUE FAZEM USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

1. Delirium Tremens: psicose orgânica reversível que dura de 2 a 10 dias e que resulta da interrupção da ingestão de bebida alcoólica. Inicia-se 72 horas após a ingestão da última dose de bebida alcoólica, e manifesta-se com diminuição do nível da consciência, confusão mental, desorientação no tempo e espaço, tremores de extremidade e generalizados, insônia, febre, sudorese abundante, ilusões e alucinações visuais e táteis (pequenos insetos e animais) podendo levar à morte pela desidratação e outras complicações. Esta é uma Emergência Clínica.
2. Tremor associado ao hálito etílico e sudorese etílica: tremores finos observáveis nas mãos, pernas e língua e hálito e/ou suor com cheiro de álcool.
3. Incapacidade de redução e controle do uso de drogas: situação em que o individuo, apesar dos prejuízos pessoais sofridos em decorrência da ingestão de álcool ou drogas, continua o uso dos mesmos.
4. Manifestação de comportamento de risco para si e para terceiros: atitudes pessoais que colocam o indivíduo em risco de morrer, de causar danos para outros, de sofrer prejuízo físico, emocional ou moral. Ex: dirigir embriagado, relação sexual desprotegida, intoxicação alcoólica aguda, coma alcoólico, abandono de higiene e alimentação.
5. Tolerância: necessidade de ingerir quantidades de substâncias psicoativas progressivamente maiores para obter o mesmo efeito observado inicialmente em pequenas quantidades.

**GRUPO IV – Sintomas relacionados a alterações na saúde mental que se manifestam na infância e/ou adolescência – APLICAR APENAS PARA PACIENTES DE 0 À 17 ANOS**

1. Dificuldade manifesta na infância e/ou adolescência de compreender e transmitir informação: pode ser dificuldade da fala, da escrita, da expressão facial, da gesticulação corporal, do aprendizado e da compreensão, observados com maior frequência no período escolar.
2. Movimentos corporais ou comportamentais estereotipados: são gestos, trejeitos, tiques, maneirismos, posturas que são repetidas ou, ao contrário, são mantidas por longos períodos, mas sem um propósito específico ou objetivo aparente.
3. Desatenção manifesta na infância e/ou adolescência: padrão de comportamento caracterizado por dificuldade em iniciar, manter e terminar interação com outras pessoas e tarefas por falta de atenção, resultando em desorganização, distratibilidade, esquecimentos e dificuldade de planejamento; manifesta em indivíduos menores de 18 anos.
4. Inquietação constante manifesta na infância e/ou adolescência: Atividade excessiva em situações em que relativa tranquilidade é esperada, resultando em excesso de agitação e impulsividade que podem perturbar o ambiente e se associar a agressividade e comportamento opositor em indivíduos menores de 18 anos.
5. Regressão: Tendência a apresentar comportamentos ou reações afetivas características de épocas anteriores ao atual nível de desenvolvimento e experiência pessoal. Também se denomina puerilismo ou infantilismo afetivo.

**GRUPO V: Sintomas relacionados a alterações na saúde mental que se manifestam nos idosos – APLICAR APENAS PARA PACIENTES ACIMA DE 60 ANOS**

1. Perda da memória: dificuldade ou incapacidade para recordar fatos ocorridos antes, durante ou após um determinado ponto no tempo
2. Perda da capacidade funcional, ocupacional e social: dificuldade ou incapacidade para exercer plenamente funções familiares, domiciliares, profissionais ou na sociedade, em consequência dos problemas de saúde mental.
3. Desorientação temporal e espacial: prejuízo ou incapacidade de a pessoa reconhecer a data (dia, mês e ano) atual e o local em que se encontra.

Observação: se possível, faz-se válido aplicar o Minimental (Mini Exame do Estado Mental), uma vez que este oferecerá subsídios para rastrear perdas cognitivas, sendo possível testar a orientação, memória, praxia, cálculo e linguagem. Sendo assim, mesmo que a pontuação do paciente idoso evidencie baixo risco segundo a estratificação de risco

**GRUPO VI: Fatores que podem se constituir em fatores agravantes ou atenuantes de problemas de saúde mental já identificados – CONDIÇÕES REFERENTES AOS ÚLTIMOS 6 MESES E APLICADO PARA TODOS OS PACIENTES**

1. Resistência ao tratamento e/ou refratariedade: é a não resposta efetiva a diversos tratamentos administrados de maneira adequada seja por não aderência, por permanência dos sintomas, ou por evidência de fracasso nos tratamentos psiquiátricos anteriores.
2. Recorrência ou Recaída: É o retorno da atividade de uma doença após um período de pelo menos 02 meses em que houve remissão (desaparecimento) completa dos sintomas. Pode ser uma manifestação clínica ou laboratorial. Um 1º episódio é considerado único, episódios subsequentes são "recorrentes" ou “recidivantes”.
3. Uso abusivo de substâncias psicoativas: padrão de uso de psicofármacos, álcool ou outras drogas que causa prejuízo ou dano real à saúde, à vida social e profissional do usuário; sem que se observem tolerância, abstinência e sinais e sintomas de abstinência presentes em casos de dependência química.
4. Exposição continuada ao estresse: quando o indivíduo convive repetitivamente ou por tempo prolongado, com eventos ou circunstâncias em sua vida pessoal, familiar, profissional ou social que gerem alteração, reação ou sofrimento emocional inevitável e acima do individualmente suportável.
5. Precariedade de suporte social: quando não há pessoas de sua comunidade disponíveis para prestar alguma assistência, supervisão, monitoramento ou encaminhamento para tratamento.
6. Precariedade de suporte familiar: quando não há familiares disponíveis para prestar alguma assistência, supervisão, monitoramento ou encaminhamento para tratamento.
7. Testemunha de violência: pessoa que assistiu de forma presencial ato de violência física contra terceiros ou contra objetos (patrimônio).
8. Autor ou vítima de violência: pessoa que sofreu ou cometeu ato de violência física contra si, contra terceiros ou contra objetos (patrimônio).
9. Perda da funcionalidade familiar e/ou afetiva: quando o indivíduo perdeu a capacidade de gerenciar sua vida, necessitando auxilio constante de outras pessoas.
10. Vulnerabilidade econômica e ambiental: conjunto de situações, mais ou menos problemáticas, que situam a pessoa numa condição de carente, necessitada, impossibilitada de responder com seus próprios recursos às exigências da vida nas áreas econômicas ou ambientais. Exemplo: desemprego, ausência de moradia, vitima de desastres naturais.
11. Comorbidade ou outra condição crônica associada: quando uma ou mais doenças ou condições crônicas estão presentes ao mesmo tempo que o transtorno mental.
12. Faixa etária > 6 anos e < de 18 anos: Pessoa com idade superior a 06 (seis) anos inferior a 18 (dezoito) anos.
13. Abandono e/ou atraso escolar: Quando o aluno deixa de ir à escola ou está em atraso de no mínimo 02 (dois) anos consecutivos do período escolar.