

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Curso de Pós-graduação em Medicina:
Ciências Médicas

**Avaliação da Vivência de Quase-Morte em Doença Pulmonar Obstrutiva
Crônica Grave através do Teste de Transtorno do Estresse Pós-
traumático**

Dra. Lúcia da Silva Porto
Prof. Orientador: Prof. Dr. Sérgio S. Menna Barreto
Prof. Coorientador: Prof. Dr. Pedro Antônio S. do Prado Lima

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, como parte dos Pré-requisitos para obtenção do Título de Mestre

Porto Alegre

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Curso de Pós-graduação em Medicina:
Ciências Médicas

**Avaliação da Vivência de Quase-Morte em Doença Pulmonar Obstrutiva
Crônica Grave através do Teste de Transtorno do Estresse Pós-
traumático**

Dra. Lúcia da Silva Porto
Prof. Orientador: Prof. Dr. Sérgio S. Menna Barreto
Prof. Coorientador: Prof. Dr. Pedro Antônio S. do Prado Lima

Porto Alegre

2010

P853a Porto, Lúcia da Silva

Avaliação da vivência de quase-morte em doença pulmonar obstrutiva crônica grave através do teste de transtorno do estresse pós-traumático / Lúcia da Silva Porto ; orient. Sérgio S. Menna Barreto ; co-orient. Pedro Antônio S. do Prado Lima. – 2010.
169 f.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas. Porto Alegre, BR-RS, 2010.

1. Doença pulmonar obstrutiva crônica 2. Transtornos de estresse pós-traumáticos 3. Asfixia 4. Dispneia I. Menna Barreto, Sérgio Saldanha II. Lima, Pedro Antônio Schmidt do Prado III. Título.

NLM: WF 600

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

DEDICATÓRIA

Dedico o presente trabalho a:

Prof. Dr. Pedro Antônio S. do Prado Lima, professor-orientador, médico e amigo como poucos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a:

Prof. Dr. Sérgio S. Menna Barreto, orientador preciso e estimulante.

Prof. Dr. Christian Haag Kristensen, incansável na condução do trabalho estatístico.

Prof. Dr. Paulo Zimmermann Teixeira, que muito me auxiliou na coleta dos casos e também com a bibliografia inicial em DPOC.

Prof. Dr. Bruno Carlos Palombini, por todo o estímulo a que eu fizesse o Mestrado.

Prof. Dra. Maria Isabel Edelweiss, pelas sugestões e estímulo recebidos.

Prof. Dr. Nelson da Silva Porto, meu pai, por haver me ensinado a estudar e a gostar de estudar.

Dra. Eva Elisabete da Silva Oliveira, companheira, amiga e um estímulo permanente.

SUMÁRIO

1.1. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC):	9
Definição e Histórico	9
Fatores de Risco e Prevalência	11
Classificação GOLD	13
Patogênese	14
Patologia	18
Exacerbação Clínica	21
Aspectos emocionais	28
1.2. Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT):	37
Evolução Histórica do Conceito	37
Descrição Clínica	42
Prevalência	45
Comorbidade	46
Validade e Aplicabilidade do Conceito	47
Etiologia	49
Dissociação	54
Fatores de Risco	55
Estudos Psicofisiológicos	60
Estudos Psicanalíticos	64
Terrorismo	67
Tratamento	71
Escala de aferição	77
1.3. Justificativa:	77
2. Objetivos	80
Artigo	91
Anexos	113

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1.....	14
Tabela 1: Dados demográficos	103
Tabela 2: Porcentagem de Sintomas de Ansiedade segundo <i>Beck Anxiety Inventory</i> (BAI) e de Sintomas de Depressão segundo <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI) em Pacientes com DPOC (n=38)	105
Tabela 3: Associação entre Capacidade Respiratória, Estresse Pós-Traumático, Depressão e Ansiedade em Pacientes com DPOC	106

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO:

A busca da relação entre transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é o objeto do presente trabalho. Na exacerbação da DPOC grave a crise de dispnéia é muitas vezes descrita pelos pacientes como uma experiência de sufocação e pode ser pensada como uma vivência de quase-morte. Tanto quanto pudemos investigar, não encontramos na literatura nenhum trabalho que examine a ansiedade da vivência de quase-morte através da perspectiva do transtorno do estresse pós-traumático. Assim, pretendemos estudar os episódios de dispnéia nas exacerbações de DPOC grave como vivências de quase-morte como eventos de estresse geradores de trauma (1) que possam ser medidos em uma série de questionários de avaliação para transtorno de estresse pós-traumático.

Palavras-chave: transtorno de estresse pós-traumático, doença pulmonar obstrutiva crônica, dispnéia

1.1. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC):

Definição e Histórico

No ano 2020, a doença pulmonar obstrutiva crônica deverá ser a causa número um de incapacidade relacionada ao aparelho respiratório (2) e a terceira causa de morte no mundo (3).

Em 2001, R. Pauwels define a DPOC como uma doença inflamatória (4). Verifica-se que a inflamação diz respeito a todo o pulmão: vias aéreas principais, pequenas vias aéreas e o parênquima pulmonar, além das artérias pulmonares (5). Em 2004, Hogg demonstrou que a gravidade da DPOC se correlaciona com a intensidade do processo inflamatório, especialmente com o espessamento da parede das vias aéreas (6).

É uma doença que iniciou sendo descrita como bronquite crônica na Inglaterra e enfisema nos Estados Unidos, até que, em meados da década de 1950, os pneumologistas britânicos e americanos se reuniram e se deram conta de que essas duas doenças eram duas manifestações - no brônquio e no parênquima - de uma mesma doença, que eles passaram então a denominar de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Bronquite crônica é tosse produtiva com mais de três meses de duração por mais de dois anos sucessivos, que reflete hipersecreção mucosa, sem uma necessária limitação ao fluxo aéreo (7). Já o enfisema é definido com referência ao ácino, como o aumento anormal e permanente dos espaços acinares, acompanhado de destruição do tecido respiratório (8).

A dispnéia é a sensação de uma incapacidade de respirar que se baseia na

percepção do prejuízo da ventilação real, ameaçada ou fantasiada (9) e costuma se correlacionar pouco com o prejuízo fisiológico, enquanto está fortemente associada à ansiedade (10).

Observando três definições paradigmáticas de doença pulmonar obstrutiva crônica:

American Thoracic Society (ATS): “DPOC é uma doença que se caracteriza pela presença de limitação ao fluxo aéreo devido a bronquite crônica ou enfisema; a obstrução ao fluxo aéreo é geralmente progressiva, pode se acompanhar de hiperreatividade e pode ser parcialmente reversível.”

European Respiratory Society (ERS): “Fluxo expiratório máximo reduzido e esvaziamento lento forçado dos pulmões, que é lentamente progressivo e em grande parte irreversível para apresentar tratamento médico”.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD): “Um estado de doença que se caracteriza por uma limitação ao fluxo aéreo que não é completamente reversível. A limitação ao fluxo aéreo é habitualmente tanto progressiva quanto associada com uma resposta inflamatória anormal dos pulmões às partículas ou aos gases nocivos”. (11).

Outro ponto de vista, a hipótese de um grupo de pneumologistas da Holanda, da Doença Pulmonar Não-específica Crônica (CARA em holandês), proposta pelo Simpósio Ciba em 1959, entende que a asma, a bronquite crônica e o enfisema resultam todos de uma raiz genética comum e deveriam ser considerados como uma mesma doença (12). A raiz genética comum seria uma predisposição inata para a hiperresponsividade das vias

aéreas e a alergia (12). Discutindo as semelhanças e diferenças entre a DPOC e a asma, Sciurba conclui que, enquanto em média e nas suas apresentações extremas a asma e a DPOC parecem ser fáceis de distinguir, há grandes quantidades de pacientes que são indistinguíveis com base em uma avaliação estrutural e funcional (13).

Fatores de Risco e Prevalência

Quanto aos fatores de risco, o tabagismo é a causa mais frequente de DPOC (95% dos casos) (5, 7). É interessante que o aumento na taxa DPOC contrasta com o decréscimo na prevalência do hábito de fumar (14). A fumaça do cigarro lesa o pulmão de diversas formas, levando ao enfisema centrolobular, localizado preferencialmente no 1/3 superior dos pulmões, embora somente 25% dos fumantes desenvolvam DPOC e mais de 15% dos casos de DPOC ocorram em pessoas que nunca fumaram (11). No entanto, é bom se ter presente que algumas das modificações patológicas observadas na DPOC, como uma reação inflamatória que envolve toda a árvore traqueobrônquica, já podem ser vistas nos pulmões de fumantes “normais”, isto é, que não apresentam sinais de limitação ao fluxo aéreo (5). Para os pacientes com DPOC, o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF_1) é, afora a idade, o principal preditor da mortalidade e, assim como a taxa de queda do (VEF_1) dos pacientes controles é de 0,03 L / ano, essa taxa é o dobro em pacientes com DPOC (15).

Já a causa genética - a deficiência de $\alpha 1$ -antitripsina - é responsável por apenas 1% dos casos de enfisema (16, 17), o enfisema panlobular, situado nas bases dos pulmões. Descrita pela primeira vez em 1963 por Laurell e Eriksson como causa de enfisema, a deficiência dessa enzima foi posteriormente compreendida como deixando de

inibir, entre outras, a elastase neutrofílica, que vai então degradar a elastina, resultando na perda da elasticidade do parênquima pulmonar (18).

Os 4% restantes dos fatores de risco são causados por poluição, poeiras ocupacionais ou fumaça da combustão doméstica, como lenha ou carvão, especialmente quando a exposição é intensa ou prolongada ou se dá em ambientes mal ventilados.

No momento atual, modificar o curso da DPOC implica em mudar a taxa de declínio do VEF₁ ou prolongar a vida (15). A cessação do hábito de fumar é a melhor forma de modificar o curso da doença, já que, como diz o Projeto Platino (Projeto Latino-americano para a Investigação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica), a DPOC é provavelmente a única doença crônica para a qual o dedo da acusação pode ser apontado para um único fator de risco: o hábito de fumar (19). No entanto, os melhores programas não conseguem taxas superiores a 25% (15).

Nas últimas décadas, as taxas de mortalidade por DPOC, embora no Reino Unido tenham se mantido estáveis para as mulheres e até diminuído para os homens (17), têm crescido muito nos EUA em contraste com outras doenças crônicas, como morte por doença coronariana, que caiu 59% no período de 1965-1998, ou morte por ataque cardíaco e outras doenças cardiovasculares, que caíram 64% e 35% respectivamente no mesmo período (3). Nesse mesmo período, a taxa de mortalidade por DPOC aumentou 163% nos EUA (3). Em 1990, a DPOC era a 6ª causa de morte no mundo, sendo atualmente a 5ª causa de morte e sendo esperado que, em 2020, seja a 3ª causa de morte no mundo (3). É antes o aumento da longevidade - com o dobro de pessoas acima de 60 anos em relação a hoje daqui a 50 anos - do que o incremento no hábito de fumar que se relaciona a esse aumento nas taxas de mortalidade da DPOC (3).

Um levantamento levado a cabo em 35 cidades de 16 países com pessoas entre 20 e 44 anos, num total de 14.855 pessoas, concluiu que 2,5% estavam no estágio I da classificação GOLD e 1,1% nos estágios II e III de GOLD, enquanto não houve casos no estágio IV de GOLD. A prevalência de sujeitos que apresentavam sintomas crônicos sem obstrução (o antigo estágio 0 da classificação GOLD até 2005) foi de 11,8% (20). Esse estudo permite concluir, portanto, que a DPOC se desenvolve antes do que se costumava pensar (20). É interessante observar que as mulheres apresentaram uma prevalência menor de DPOC do que os homens: 2,4% x 4,8% (20).

Na América Latina, a prevalência do principal fator de risco, o hábito de fumar, é alta e, assim como nos países desenvolvidos, está diminuindo entre os homens e aumentando entre as mulheres (15, 21). Em São Paulo a prevalência de DPOC foi constatada em 19% para os homens e 14,5% para as mulheres (21).

Classificação GOLD

O estadiamento baseia-se na limitação ao fluxo aéreo tal como é medido pela espirometria, a qual é essencial para o diagnóstico e fornece uma descrição conveniente da gravidade das alterações patológicas da DPOC (22). Os pontos de corte são utilizados com propósitos de simplificação e foram validados clinicamente (22). No entanto, a relação entre o grau de limitação ao fluxo aéreo e a presença de sintomas é apenas imperfeita (22)

Quadro 1: Classificação da DPOC

Estágio I	DPOC leve	VEF ₁ / CVF < 70% VEF ₁ ≥ 80% previsto com ou sem sintomas crônicos (tosse, catarro)
Estágio II	DPOC moderado	VEF ₁ / CVF < 70% 50% ≤ VEF ₁ < 80% previsto com ou sem sintomas crônicos (tosse, catarro)
Estágio III	DPOC grave	VEF ₁ / CVF < 70% 30% ≤ VEF ₁ < 50% previsto com ou sem sintomas crônicos (tosse, catarro)
Estágio IV	DPOC muito grave	VEF ₁ / CVF < 70% VEF ₁ < 30% previsto ou VEF ₁ < 50% mais insuficiência respiratória

Patogênese

A DPOC se caracteriza por uma inflamação crônica de todo o pulmão: das vias aéreas principais, e periféricas, do parênquima e de uma tendência a envolver também a vasculatura pulmonar. Este processo inflamatório, que na DPOC não responde a esteróides (23), é desencadeado por partículas ou gases nocivos, mais frequentemente pela fumaça do cigarro, que vai desencadear a liberação de macrófagos e neutrófilos. Os macrófagos estão presentes em quantidades aumentadas (até dez vezes) nas grandes e pequenas vias aéreas e no parênquima pulmonar de pacientes com DPOC e o parênquima de um paciente enfisematoso pode apresentar até 25 vezes mais macrófagos do que o parênquima de um fumante normal (7). Nas vias aéreas periféricas as alterações celulares e estruturais observadas incluem inflamação da parede das vias aéreas, fibrose, hipertrofia da musculatura lisa, metaplasia das células globulares e oclusão do lúmen por tampão mucoso (5). A produção crônica de catarro está associada de forma significativa tanto a um excesso de declínio de VEF₁ quanto a um risco aumentado de hospitalizações subsequentes em função de DPOC, embasando o papel da hipersecreção de muco no desenvolvimento da limitação crônica ao fluxo aéreo (5).

Os macrófagos liberam fator de necrose tumoral α (FNT- α), interleucina 8 (IL-8) e

leucotrieno B4 (LTB 4), que levam à liberação de neutrófilos (24). Existe uma correlação entre o número de macrófagos nas vias aéreas e a gravidade da DPOC (7). Além disso, os macrófagos de pacientes que têm DPOC secretam uma quantidade maior de proteínas inflamatórias do que aqueles de fumantes normais e essa diferença aumenta com a exposição à fumaça do cigarro. O aumento do número de macrófagos nos fumantes e na DPOC pode se dever a um maior recrutamento dos monócitos circulantes em resposta a uma quimiotaxia aumentada (7). Os macrófagos alveolares também secretam enzimas que degradam a elastina.

Os neutrófilos predominam nas grandes vias aéreas. Observam-se quantidades aumentadas de neutrófilos ativados no escarro e no lavado broncoalveolar de pacientes com DPOC e também de fumantes sem DPOC. Os neutrófilos secretam várias proteinases, incluindo a elastase neutrofílica (NE), a catepsina G e a proteinase-3, que podem contribuir para a destruição do parênquima e a hipersecreção mucosa (7). Embora ainda não esteja claro qual o papel dos neutrófilos na DPOC, pode-se correlacionar o número de neutrófilos nas biópsias brônquicas e no escarro induzido com a gravidade da DPOC (lesão brônquica) (7). Os neutrófilos migram para a via aérea a partir da corrente sanguínea primeiramente por aderência ao endotélio (7). As substâncias que fazem a quimiotaxia para os neutrófilos na DPOC (LTB 4, IL 8 e outros) podem ser derivadas de macrófagos, células epiteliais, bem como dos próprios neutrófilos (7), o que significa dizer que se forma um círculo vicioso de neutrófilos levando à aglomeração de mais neutrófilos, independentemente da ação das partículas nocivas. Essa pode ser parte da base fisiopatológica para a observação clínica de que, mesmo parando de fumar, muitos pacientes sigam apresentando sintomas por longos períodos de tempo.

Os linfócitos estão aumentados no parênquima e nas vias aéreas centrais e

periféricas dos pacientes com DPOC, especialmente os linfócitos CD 8+, que liberam TNF- α e outras linfocinas que causam a citólise e a apoptose das células epiteliais alveolares (7). Embora as células CD 4+ também estejam aumentadas, o aumento do número das células CD 8+ é muito maior, havendo uma inversão da proporção de células CD 4+/CD 8+ (7). Existe uma associação entre as células CD 8+ e a apoptose de células alveolares no enfisema. Embora ainda não exista certeza a respeito do papel dos linfócitos na DPOC, existe uma correlação entre o número de células T e a quantidade de destruição e a gravidade de obstrução ao fluxo aéreo (7).

Como já foi dito, as células inflamatórias agem importantemente através de citocinas, no caso da DPOC: leucotrieno B 4, Interleucina 8 e Fator de Necrose Tumoral α . O LTB 4 é um poderoso quimioatrativo de neutrófilos e está aumentado no escarro de pacientes com DPOC (24). Deriva de macrófagos alveolares e dos próprios neutrófilos. A IL 8 é um quimioatrativo seletivo para neutrófilos e está presente em altas concentrações no escarro induzido e no lavado broncoalveolar de pacientes com DPOC (24). A IL 8 pode ser secretada por macrófagos, neutrófilos e células epiteliais das vias aéreas. Pode desempenhar um papel primordial na ativação de neutrófilos e eosinófilos (24). Pode servir como um marcador na avaliação da gravidade da inflamação das vias aéreas (24). O TNF- α está presente em altas concentrações no escarro de pacientes com DPOC, especialmente nas exacerbações (7). As concentrações séricas de TNF- α estão aumentadas em pacientes com DPOC que perdem peso, que perdem massa muscular, o que sugere que esse fator possa desempenhar um papel na caquexia das formas mais graves de DPOC (24).

Ainda dentro da fisiopatogenia da DPOC, cumpre mencionar o papel desempenhado pelo equilíbrio entre as proteases / antiproteases e pelo estresse

oxidativo. Quanto às proteases, já mencionamos o papel da deficiência de α 1-antitripsina na falta de inibição da elastase neutrofílica e o aumento da ação desta enzima, com a consequente degradação da elastina e, assim sendo, o ataque à estrutura do parênquima pulmonar (7). Por outro lado, os fragmentos de elastina, assim degradada, são poderosos agentes de quimiotaxia para os macrófagos e neutrófilos, perpetuando o processo inflamatório. A importância da degradação da elastina reside no fato de que ela não pode ser regenerada na forma ativa (7). O desequilíbrio das proteases / antiproteases pode se dar tanto por um aumento na produção ou na atividade das proteases como na inativação ou na redução da produção das antiproteases.

Existe um aumento do estresse oxidativo na DPOC. As partículas da fumaça do cigarro contêm altas concentrações de radicais livres e as células inflamatórias que são mobilizadas no organismo (os macrófagos e os neutrófilos) ainda mais contribuem para aumentar as concentrações desses radicais livres (18). Os radicais livres existem em quantidades aumentadas no hálito de pacientes com DPOC, especialmente nas exacerbações (7). Os radicais livres podem reagir e lesar vários tipos de moléculas biológicas, como as proteínas, os lipídios e os ácidos nucleicos, o que pode levar à disfunção e morte celular, bem como à lesão da matriz extra-celular do pulmão (24). O estresse oxidativo amplifica a resposta inflamatória na DPOC e prejudica a função das antiproteases, como a α 1-antitripsina, o que acelera a degradação da elastina do parênquima (7). Dito de outra forma, uma ligação potencial entre o estresse oxidativo e a destruição proteolítica do pulmão é a inativação oxidativa da α 1-antitripsina. O estresse oxidativo também induz a apoptose dos pneumócitos tipo I, contribuindo também assim para o enfisema (7).

Outro ponto que merece atenção a respeito do estresse oxidativo se refere a sua

relação com a ligação dos receptores de glicocorticóide ao núcleo. Os corticóides “desligam” os genes da inflamação através da ação das histonas. Nos fumantes e pacientes com DPOC, observa-se uma acentuada diminuição na atividade das histonas e esta redução na sua atividade se correlaciona com a supressão das citocinas inflamatórias e uma redução da resposta aos corticóides (7).

Tem havido um crescente reconhecimento das manifestações sistêmicas da DPOC, especialmente na musculatura esquelética. Observou-se um aumento nos níveis plasmáticos de fator de necrose tumoral α (FTN α) e de receptores FNT solúveis em pacientes com DPOC, em especial aqueles que sofriam de perda de peso (23). Além da perda de massa muscular, estão presentes anormalidades intrínsecas ao metabolismo da fibra muscular esquelética com menor produção de ATP por mol de glicose oxidada (23).

Patologia

O achado que define a doença pulmonar obstrutiva crônica é a limitação irreversível ao fluxo aéreo medida durante a expiração forçada, causada ou por um aumento na resistência das pequenas vias aéreas, ou um aumento na complacência pulmonar devido à destruição do pulmão por enfisema ou ambas (6).

Observa-se que o pulmão dos fumantes que não têm DPOC também apresenta inflamação, que é semelhante, embora menos intensa, que aquela que se observa no pulmão de fumantes com DPOC (6, 7). Além disso, os fumantes sem DPOC apresentam mais neutrófilos nos seus pulmões do que os não fumantes, embora menos neutrófilos do que os fumantes com DPOC. Os neutrófilos estão praticamente ausentes nos tecidos

pulmonares de pessoas saudáveis não fumantes (25).

A fumaça do cigarro danifica as vias aéreas de várias maneiras:

- 1) Produção de infiltrado inflamatório.
- 2) Aumento das glândulas mucosas e hiperplasia das células caliciformes, o que leva à hipersecreção mucosa.
- 3) Metaplasia do epitélio com substituição por células escamosas e desaparecimento do epitélio ciliar, o que rompe a limpeza mucociliar e predispõe à carcinogênese.
- 4) Aumento na quantidade de músculo liso e tecido conjuntivo e degeneração da cartilagem.

Estas alterações são responsáveis pelos sintomas de tosse crônica e expectoração, que caracterizam as pessoas já em risco de DPOC.

A via aérea abaixo da laringe normalmente é estéril, ao contrário das fossas nasais e da orofaringe, e é mantida assim mesmo com as grandes quantidades de microorganismos aspirados durante o sono. A exposição crônica à fumaça do cigarro, no entanto, perturba os mecanismos normais de limpeza e permite que os microorganismos invadam as barreiras naturais dos tecidos e produzam infecção, perdendo-se assim a esterilidade normal das vias aéreas inferiores na presença de bronquite crônica (26).

Quanto às pequenas vias aéreas (diâmetro interno \leq dois mm), estas normalmente contribuem com uma pequena fração da resistência total das vias aéreas ao fluxo de ar (10-15% do total) (18, 26). Em 1968, Hogg demonstrou que, na DPOC, as vias aéreas periféricas se tornam o principal local de resistência ao fluxo aéreo (26). Isto deu origem

ao conceito de que a DPOC é uma doença das pequenas vias aéreas (18). Células inflamatórias mononucleadas se agrupam nas vias aéreas distais e nos alvéolos, causando a destruição proteolítica das fibras elásticas nos bronquíolos respiratórios e nos ductos alveolares (18). A alteração mais característica nas vias aéreas periféricas na DPOC é o estreitamento da via aérea, que se deve a ciclos repetidos de injúria e reparação das paredes dessa mesma via aérea. A injúria é causada diretamente pelos agentes tóxicos ou indiretamente pelos mediadores inflamatórios (24). O processo de reparação se dá de forma desordenada e, além disso, a fumaça do cigarro prejudica os mecanismos de reparação do pulmão (24). O aumento no conteúdo de colágeno e a formação de cicatrizes levam a um estreitamento e a uma obstrução fixa das vias aéreas (24). O declínio precoce na função pulmonar se correlaciona com as mudanças inflamatórias nas vias aéreas periféricas, que se assemelham àquelas observadas nas vias aéreas centrais:

- 1) Infiltrado inflamatório de fluido e células na parede e no lúmen.
- 2) Metaplasia de células caliciformes e células escamosas.
- 3) Edema da mucosa da via aérea devido à inflamação e excesso de muco nas vias aéreas devido à metaplasia das células caliciformes (24).

No estreitamento das vias aéreas periféricas, desempenham um papel as alterações inflamatórias, como o edema e a hipersecreção mucosa, e a retração elástica do pulmão, mas o principal papel é desempenhado pela fibrose (24).

Em 1977, Fletcher e Peto afirmam que se deveria deixar de encarar a obstrução crônica ao fluxo aéreo e a hipersecreção crônica como entidades mórbidas semelhantes (27). Embora sendo ambas causadas pela fumaça do cigarro, elas são pouco relacionadas entre si.

A tosse e a expectoração, que definem a bronquite crônica, são independentes do processo patológico que ocorre nas pequenas vias aéreas, que é responsável pela obstrução das vias aéreas nos pacientes com DPOC (6).

Quanto ao enfisema, este pode se apresentar em uma de duas formas morfológicas básicas, segundo a região do ácino que é destruída. O enfisema centroacinar ou controlobular se caracteriza pela destruição focal dos bronquíolos respiratórios e as porções centrais do ácino suprido por este bronquíolo, circundado por áreas de parênquima basicamente normal. Esta forma de enfisema costuma ser mais grave nos lobos superiores do pulmão. Já o enfisema panacinar ou panlobular se caracteriza pela destruição das paredes alveolares de uma maneira uniforme, isto é, todos os espaços aéreos além dos bronquíolos terminais são envolvidos. A forma panacinar é característica de pacientes que desenvolvem enfisema relativamente cedo na vida e costuma envolver as bases dos pulmões. Habitualmente esta forma está associada à deficiência de α 1-antitripsina (5). O fato de que aproximadamente 40% dos fumantes pesados desenvolvem enfisema e apenas 15% desenvolvem limitação das vias aéreas reflete o longo curso sub-clínico da DPOC (26). Um fato digno de nota é que os fumantes que desenvolviam um enfisema grave tinham um aumento de aproximadamente dez vezes nos neutrófilos, macrófagos, linfócitos T e eosinófilos presentes nos pulmões, em comparação às pessoas que fumavam quantidades semelhantes de cigarros, mas mantinham uma função pulmonar normal (26).

Exacerbação Clínica

Uma característica importante da DPOC constitui-se nos períodos de piora dos

sintomas denominados de exacerbação: eventos de inflamação aguda que se superpõem à inflamação crônica característica da doença pulmonar obstrutiva crônica (28). A frequência e a gravidade da exacerbação aumentam com a progressão da doença, com os episódios repetidos resultando em um declínio mais rápido da função pulmonar (29, 30). Muito embora ainda existam controvérsias quanto à definição de exacerbação (29), em 2000 o *workshop* de Aspen propõe uma definição que diz: “uma piora continuada da condição do paciente, do estado estável e para além das variações normais do dia-a-dia, que é aguda na sua instalação e necessita uma mudança na medicação regular do paciente com DPOC subjacente” (29). Pauwels considera que a falta de uma definição consistente do que seja a exacerbação torna a comparação entre os achados dos diferentes estudos e diferentes tratamentos uma tarefa praticamente impossível (30). Embora representem um aspecto importante das manifestações clínicas e da história natural da DPOC, as exacerbações clínicas não estão incluídas na definição da doença (5).

Durante a exacerbação, o paciente costuma apresentar dispnéia, chiado e dor no peito, aumento da tosse, febre e mudanças na cor ou volume do escarro; além destes, também podem estar presentes vários sintomas inespecíficos, como mal estar geral, insônia, fadiga, depressão e confusão; também se observam significativas, embora pequenas, quedas no VEF₁ e CVF (30, 31). Embora auto-limitados na maioria das vezes, esses episódios repercutem muito negativamente na qualidade de vida do paciente, em especial se são frequentes (29, 32), e são a causa mais comum de hospitalização dos pacientes com DPOC (33), podendo levar à morte prematura, em metade dos casos, quando associados à insuficiência respiratória (29). Em geral, a frequência das exacerbações aumenta com a gravidade da doença, assim como é atestado pela obstrução ao fluxo aéreo (29). Pacientes com exacerbações frequentes e necessitando de

hospitalização apresentam um risco de mortalidade 4,3 maior do que os pacientes que não necessitam de hospitalização (28).

Os fatores de risco para as exacerbações graves incluem uma história de hospitalização prévia, um VEF₁ baixo, hipoxemia não tratada, hipercapnia, mau estado de saúde, comorbidade e sintomas respiratórios graves (2). Quanto às causas das exacerbações, no entanto, existe muita discussão a esse respeito. Por exemplo, foi demonstrada a presença de bactérias patogênicas em apenas 50% das exacerbações (29, 34), na maior parte dos casos *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*, bactérias estas que, como habitualmente colonizam a árvore brônquica durante os períodos inter-crisis, podem não representar, em si, o agente patogênico (34). Outros autores mencionam ainda a *Moraxella catarrhalis* como um dos agentes mais frequentes (33, 35). Da mesma forma, os níveis dos anticorpos às bactérias não aumentam durante as exacerbações e, por outro lado, enquanto os eosinófilos aumentam de 30 a 37 vezes, os neutrófilos não aumentam mais do que duas a 3,7 vezes, o que é contrário às expectativas em uma infecção bacteriana (34). Na identificação da etiologia bacteriana, a presença de escarro esverdeado mostrou uma sensibilidade de 94,4% e uma especificidade de 77%, enquanto existe pouca evidência de melhora com antibióticos para os casos em que o escarro era mucoso (35), o que significa, do ponto de vista clínico, que a cor do escarro é um guia muito útil quanto à probabilidade de eficácia dos antibióticos (29). Os mesmos fatores que predisõem à bronquite crônica também predisõem à exacerbação, possivelmente devido a uma redução da depuração do movimento mucociliar, que facilita a invasão bacteriana da mucosa, em parte através do excesso de muco levando à criação de um local propício para a adesão das bactérias (35). Embora se presuma que o principal fator de risco para as exacerbações seja infeccioso, outras condições foram identificadas como fatores de risco, como certos poluentes industriais,

alergenos, sedativos, insuficiência cardíaca congestiva e embolia pulmonar (28). Além disso, a causa de uma exacerbação pode ser multifatorial, de forma que uma infecção viral ou altos níveis de poluição do ar podem exacerbar a inflamação existente nas vias aéreas, o que pode, então, desencadear uma infecção bacteriana secundária (28). Quanto aos poluentes atmosféricos, cabe destacar o dióxido de enxofre, o ozônio, o dióxido de nitrogênio e as partículas com menos de 10 μm de diâmetro, bem como as baixas temperaturas também associadas às exacerbações de DPOC (29). Cabe ainda destacar que existe uma associação entre a hipersecreção crônica de muco e o declínio do VEF_1 e a hospitalização subsequente por DPOC (36).

Pacientes com DPOC moderada ou crônica costumam apresentar exacerbações que aumentam com a gravidade da doença: pacientes com DPOC grave têm uma frequência de exacerbações de 3,43 / ano em comparação com aqueles com DPOC moderada e uma frequência de 2,68 / ano (28). Com as exacerbações ocorrem mudanças na função pulmonar e nos escores da qualidade de vida, os quais mostram uma relação não mais que moderada com os sintomas e parâmetros fisiológicos e assim a exacerbação pode produzir um sofrimento considerável para o paciente sem modificar a função pulmonar (28, 37). As exacerbações são mais frequentes em pacientes com exacerbações prévias mais assíduas e, por outro lado, esses pacientes que apresentavam mais exacerbações mostravam uma pontuação significativamente pior no teste de qualidade de vida (SGRQ) (28). Embora uma baixa qualidade de vida esteja relacionada à internação hospitalar e a um incremento de uso de recursos terapêuticos, a maioria das exacerbações é tratada em casa, fora do hospital (37). Os pacientes com DPOC desenvolvem uma significativa incapacidade física com a progressão da doença e as medidas da função pulmonar, como o VEF_1 , podem não prever essa incapacitação. Por outro lado, os questionários específicos para a doença, como o *Saint George's*

Respiratory Questionary (SGRQ) (38, 39), fornecem medidas sensíveis da perturbação da vida e do bem-estar diários e estão fortemente relacionados à frequência de exacerbações (37). Assim sendo, uma alta pontuação no SGRQ pode ser utilizada para se prognosticar os pacientes em risco de exacerbações frequentes (37). E acontece que 65% dos homens ex-fumantes admitem que deixaram de fumar em função dos sintomas, embora somente um terço das mulheres ex-fumantes tenham deixado de fumar por essa razão (40).

Da qualidade de vida, passamos agora à mortalidade e temos então a dizer que uma alta mortalidade está associada à exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crônica em pacientes admitidos ao hospital: a frequência de óbitos por DPOC em exacerbação aguda em seis meses é de 33% e em dois anos é de 49% (28). Em contrapartida, apenas 25% dos pacientes estavam vivos e capazes de declarar uma boa ou excelente qualidade de vida seis meses após a alta (28).

Os objetivos do tratamento da exacerbação aguda da DPOC são, por um lado, a resolução pronta dos sintomas e a minimização da taxa de fracassos (41), e, por outro, restituir ao paciente o seu mais alto nível de funcionamento independente (42). Desde o trabalho clássico de 1987 de Anthonisen e colaboradores, muito se tem estudado sobre o tratamento das exacerbações da DPOC. Nesse estudo, os autores chegam a demonstrar a indicação do uso de antibióticos nos casos mais graves (com aumento da dispnéia e do escarro e presença de escarro purulento) e a não indicação de antibióticos nos casos mais leves (com a presença de apenas um desses sintomas) (43). A revisão de 2007 sobre exacerbações de DPOC de B. Celli e P. Barnes, que traz o resumo do *Encontro de Como*, na Itália, em abril de 2005, sobre Exacerbações de DPOC, menciona os broncodilatadores, os corticosteróides, os antibióticos e a ventilação mecânica, além das

terapias futuras (29). Além disso, o oxigênio é central no tratamento hospitalar da exacerbação aguda da DPOC (28). Também deveria ser parte integral do tratamento de todo paciente com DPOC a sua reabilitação pulmonar, abordando suas deficiências funcionais e psicológicas (32). “A reabilitação pulmonar é uma intervenção abrangente, multidisciplinar e baseada em evidências para pacientes com doenças respiratórias crônicas que estão sintomáticos e frequentemente apresentam uma diminuição de suas atividades da vida diária. Integrada ao tratamento individualizado do paciente, a reabilitação pulmonar é planejada para reduzir os sintomas, otimizar o estado funcional, aumentar a participação e diminuir os custos com os cuidados da saúde, através da estabilização ou reversão das manifestações sistêmicas da doença” (32).

A intolerância ao exercício é um dos principais fatores a limitar a participação nas atividades da vida diária entre os indivíduos com doença respiratória crônica e os grandes sintomas desse tipo de doença que limitam o exercício na maioria dos pacientes são a dispnéia e/ou a fadiga, que pode resultar de limitações ventilatórias, anormalidades nas trocas gasosas pulmonares, disfunção muscular periférica, disfunção cardíaca ou qualquer combinação dos itens acima (32).

Na DPOC, a ventilação durante o exercício costuma ser maior do que o esperado em função do espaço morto aumentado, das trocas gasosas comprometidas, das demandas aumentadas relacionadas ao descondicionamento e à disfunção dos músculos periféricos (32). A hipóxia aumenta diretamente a ventilação ao estimular os quimiorreceptores periféricos através da produção de ácido láctico (32). Em aproximadamente 30% dos pacientes ambulatoriais com DPOC ocorre perda de peso e a disfunção da musculatura esquelética também se pode atribuir ao descondicionamento relacionado à inatividade, à inflamação sistêmica, ao estresse oxidativo, ao uso de

corticóide e reduções na massa muscular (32). Esses pacientes apresentam um prejuízo em sua qualidade de vida em relação aos pacientes com peso normal (32). Na DPOC, o treinamento através do exercício é a melhor forma de recuperação possível de melhorar a função muscular, especialmente após um período de exacerbação, para aqueles pacientes que sofrem de doença crônica, com baixa tolerância ao exercício, dispnéia ou fadiga aos esforços e/ou incapacitação nas atividades da vida diária (32, 42). Mesmo sem uma mudança na função pulmonar, a melhora na função do músculo esquelético resulta em um ganho na capacidade de exercício para o paciente (32). O uso de broncodilatadores pode reduzir a dispnéia e melhorar a tolerância ao exercício e fazer com que a intolerância ao exercício troque da dispnéia para a fadiga das pernas, a qual é passível de ser exercitada (32). O uso do oxigênio está indicado não apenas nos pacientes que já utilizam oxigênio habitualmente, mas também como uma terapia suplementar para os pacientes que não costumam dessaturar a hemoglobina, o que lhes permite um exercício mais intenso (32, 42). Outras medidas usadas ainda são a ventilação mecânica não-invasiva e a estimulação elétrica neuromuscular, que diminui a dispnéia e aumenta a tolerância ao exercício, a primeira, e estimula a contração dos músculos periféricos, a segunda (32).

Porque os pacientes com DPOC, peso normal e baixa massa livre de gordura têm uma qualidade de vida mais prejudicada do que os pacientes com baixo peso e massa livre de gordura normal, essa anormalidade da composição corporal parece ser um importante preditor da qualidade de vida, independentemente da perda de peso (32). Na DPOC, existe uma associação entre baixo peso e mortalidade, independente da obstrução ao fluxo aéreo e, talvez mais importante até, nos pacientes com índice corporal inferior a 35 kg/m^2 o ganho de peso está associado a uma diminuição da mortalidade (32) assim como o ganho de mais de 2 kg de peso aumenta significativamente a sobrevida

(44). Dessa forma, a ingestão protéica adequada é crucial para a estimulação da síntese protéica e a manutenção ou restauração da massa livre de gordura não apenas nos pacientes abaixo do peso, mas também nos pacientes de peso normal (32). É preciso levar em conta o aumento da quantidade de energia relacionada ao aumento de atividade do processo de reabilitação, mesmo para o paciente de peso normal (32).

A recuperação clínica se dá em duas fases, uma primeira, mais rápida, que dura quatro semanas, à qual se segue outra, mais lenta, que perdura por vários meses (31). Uma única exacerbação infecciosa de bronquite crônica tem um efeito amplo e sustentado sobre o estado de saúde do indivíduo (31).

Aspectos emocionais

“A interferência com “o sopro da vida” frequentemente está relacionada com profundas preocupações com a vida em si, com a morte e o medo primitivo da sufocação”(45). O sopro da vida é tanto um fato psicológico quanto um fato fisiológico (45). Na dispnéia a depressão e a ansiedade são muito comuns, estando presentes em aproximadamente metade dos casos (46), ou até 74% dos em se tratando de depressão (47); dito de outra forma, os transtornos da respiração se acompanham de depressão ou ansiedade (48). Tais reações têm uma base no medo e em sentimentos de desamparo e abandono (45). Assim, é um aumento da dispnéia a principal razão para um paciente com DPOC buscar tratamento (49). Como se poderia esperar, uma doença que interfere com a respiração, que reduz a vitalidade e que produz sintomas de forma progressiva tende a gerar complicações psicossociais e assim a DPOC está frequentemente associada à ansiedade, à dependência e à perda da autoestima (50). Por outro lado, há várias razões pelas quais se pode explicar a alta prevalência de depressão em pacientes com DPOC.

Em primeiro lugar, existe o fato de a doença ser crônica e só apenas parcialmente reversível e, em segundo lugar, há que se considerar para a maioria desses pacientes a limitação da atividade diária, a diminuição da capacidade física e da autoestima, a queda do desempenho no trabalho, a perda de emprego ou até a aposentadoria precoce, a redução de sua posição na família e na sociedade e o confinamento em casa (51). Muitos pacientes com grave incapacitação por DPOC tendem a viver em uma “camisa de força emocional”, em que o paciente não sente mais raiva, nem depressão, nem alegria, porque qualquer mudança emocional significativa leva a sintomas muito angustiantes e muitas vezes à descompensação fisiológica nos estados mais avançados da doença, levando o paciente a viver em casa e a evitar a interação social com os outros (50). Da mesma forma, o paciente com DPOC apresenta uma fobia da sufocação e da morte, em que a evitação da atividade física chega a se constituir em um de seus principais problemas (52). Assim sendo, o alívio da ansiedade e da evitação fóbica da atividade é crucial no seu manejo clínico e, para o tratamento da ansiedade, reassegurar ao paciente que experimentar um pouco de dispnéia não significa um sinal de perigo, mas sim uma resposta natural ao esforço físico, que pode ser tolerada dentro de certos limites torna-se uma questão de vital importância (52). A evitação rígida do conflito e da mudança emocional perpetua os problemas emocionais e interpessoais e aumenta a frustração, a raiva e o desespero (50). Dentro dessa mesma linha, a interpretação catastrófica das sensações corporais ou mentais pode ocasionar reações de pânico, se resultar em um círculo vicioso de apreensão e pensamentos catastróficos acompanhados de ansiedade, o que parece ocorrer na dispnéia própria da doença respiratória (53), assim como a ansiedade que se observa em mais da metade dos pacientes com DPOC (54). Assim também as taxas de depressão estão significativamente relacionadas à mobilidade física, em que os pacientes mais debilitados fisicamente apresentam as maiores taxas de depressão (55).

Existem estudos (56) que já demonstraram que os sintomas ligados à saúde mental na DPOC respondem mais pela variância na qualidade de vida do que a gravidade da própria doença pulmonar e das comorbidades médicas (46, 57). É preciso se ter presente que os pacientes com DPOC têm que enfrentar o desafio de lidar com sintomas imprevisíveis, que provocam medo e sintomas ligados ao sofrimento respiratório (46), um processo vital. Por outro lado, já que os sintomas físicos da DPOC são basicamente irreversíveis, os médicos são forçados a focalizar a sua atenção no manejo das questões que melhoram a qualidade de vida de seus pacientes (46) e entre elas estão certamente o tratamento da ansiedade e da depressão, os transtornos psiquiátricos mais prevalentes em pacientes com doença crônica do pulmão (57). No entanto, apesar do potencial para eficácia de tratamento da depressão e da ansiedade, esses itens não costumam constar nos guias oficiais de tratamento (4, 46) nem ser avaliados ou tratados nesses pacientes (48, 57, 58), além de serem mascarados pelos sintomas físicos do transtorno pulmonar, como intolerância ao exercício, dispnéia, fadiga e aumento da dependência nas atividades diárias, afora o estigma da doença mental (59).

A ansiedade envolve um risco aumentado de rehospitalização por exacerbação aguda (57, 60-62) e pode-se dizer até que seja o principal fator preditor para a frequência de hospitalização por exacerbação aguda em pacientes com DPOC (63). Como os sintomas de ansiedade (dispnéia e hiperventilação) podem mimetizar os sintomas da doença respiratória, o exercício de reabilitação permite ao paciente experimentar seus sintomas em segurança e se dessensibilizar em relação a esses sintomas, aprendendo a distinguir entre os sintomas físicos e os emocionais (57), isto é, distinguir entre dispnéia por angústia e dispnéia por insuficiência ventilatória. Mais especificamente, a dispnéia provoca medo de sufocação e de morte, o que é fonte de extrema ansiedade, com as

peessoas de natureza ansiosa tendendo às reações catastróficas em torno da dispnéia (57). Da mesma forma, quando um paciente experimenta dispnéia, ele provavelmente faz interpretações incorretas (p. ex. “eu vou morrer”) em resposta à sensação de falta de ar, o que leva, por seu lado, a uma excitação fisiológica acompanhada de mais sensações e erros de interpretação (60). Outrossim, o transtorno do pânico é mais comum na DPOC (entre 8 a 67%) do que na população em geral (1,5 a 3,5%) (64). Essa doença envolve ataques persistentes de ansiedade intensa com componentes cognitivos de medo de morte iminente, acompanhados de medo deles (64, 65). Já que a dispnéia é um sintoma central tanto do pânico quanto da doença respiratória, a sintomatologia respiratória pode contribuir para o desenvolvimento e a exacerbação da ansiedade e do pânico (64). Ao mesmo tempo, foi observado que as hospitalizações frequentes prejudicam a confiança dos pacientes em sua capacidade de manejar sua doença e exacerbam seus sintomas depressivos (59).

Tanto os pacientes quanto os médicos podem ter dificuldades em diferenciar os sintomas somáticos da depressão das manifestações das doenças médicas e das complicações dos tratamentos médicos e ambos podem atribuir a depressão à reação normal dos múltiplos estresses das doenças e tratamentos médicos (66). Diante disso, cumpre lembrar que, embora os pacientes com DPOC gravemente hipoxêmicos apresentassem um desempenho muito mais baixo nos testes complexos de atenção, processamento da informação e memória do que os pacientes levemente hipoxêmicos, mesmo os pacientes não hipoxêmicos ou levemente hipoxêmicos chegaram a apresentar prejuízos significativos no desempenho dos testes neuropsicológicos (65).

Foi demonstrado que a pressão parcial de CO² influencia tanto o nível da dispnéia referido quanto o estado psicológico da pessoa. Aqueles com níveis mais altos de PCO²

referem mais ansiedade, mais depressão e mais dispnéia (49). Para uma pessoa mediana, de 35 anos, o VEF₁ diminui 25-30 mL a cada ano (67). O uso da musculatura acessória é o melhor indicador clínico do nível de dispnéia (49). Na DPOC, o sintoma mais perturbador é a sensação de não ser capaz de respirar: dispnéia (49). Sempre que os pacientes experimentam dispnéia e fadiga eles se sentem doentes e isso vai afetar a sua tolerância ao exercício e o seu desempenho funcional (67). Da mesma forma a dispnéia, a fadiga e a gravidade da doença afetam a percepção da saúde, que influencia de maneira significativa o desempenho funcional, a tolerância ao exercício e o humor negativo (67). Portanto, é necessário em primeiro lugar melhorar a dispnéia, porque isso levará a outras melhoras, na percepção da saúde, na fadiga, no humor, na tolerância ao exercício e, por fim, no desempenho funcional (67).

Ansiedade e depressão, associados à dispnéia, dois transtornos psiquiátricos altamente prevalentes em pacientes com DPOC (57, 61-63, 65, 68, 69) e mais comuns do que na população em geral (61, 70), ao mesmo tempo significam possibilidades de tratamento. As taxas de prevalência de depressão em DPOC variam muito segundo os diversos autores (65), mas estão em torno dos 40%: estão em 35% ou 21% conforme aferidas por questionário ou entrevista clínica, respectivamente (69); de 6 a 46% dos pacientes com DPOC apresentam sintomas depressivos ou depressão clínica (57, 59, 63, 71); de 16 a 74% dos pacientes com DPOC apresentam sintomas depressivos (72); uma prevalência de depressão em torno de 40% (48, 68, 70, 73); 44% dos homens e 55,6% das mulheres com DPOC apresentavam sintomas depressivos (74); de 12% a mais de 50% dos pacientes com DPOC (61). Já a prevalência da ansiedade varia entre 2% ou 10% e 50% ou mais (48, 57, 59, 61); ou varia entre 10% e 34% (60); ou está em 36% a prevalência de ansiedade (68); ou a prevalência de ansiedade varia entre 21% e 96% nos pacientes com DPOC (63).

Pode-se diferenciar entre a depressão de início precoce e início tardio. A depressão de início precoce é definida como sendo aquela em que a presença dos sintomas depressivos antecede o diagnóstico ou a manifestação sintomática da DPOC; trata-se dos adolescentes ou adultos jovens deprimidos que mais provavelmente vão desenvolver a dependência da nicotina e utilizá-la como antidepressivo e o ato de fumar como uma auto-medicação (70). Na depressão tardia a depressão se manifesta após o paciente ter sido diagnosticado com DPOC e se acredita que o desarranjo da fisiologia microvascular cerebral e a hipoxemia crônica podem ambos estar envolvidos na suscetibilidade aumentada para a depressão co-mórbida desses pacientes (70). Por outro lado, ao diminuir a motivação e aumentar o sentimento de desesperança, a depressão pode diminuir a adesão ao tratamento da DPOC, especialmente fazendo com que os pacientes deprimidos não queiram ou não consigam participar na reabilitação física (70). Como o exercício se tornou o tratamento padrão para os pacientes com DPOC, passou a se tornar interessante avaliar não somente os efeitos do exercício sobre o funcionamento físico dos pacientes com DPOC, como também sobre os indicadores de seu bem-estar emocional e seu desempenho cognitivo (75).

O principal desafio do tratamento dos pacientes acometidos de DPOC não é a cura, mas a otimização da sua qualidade de vida, a qual pode estar bastante comprometida por um transtorno depressivo concomitante, que pode levar o paciente a um círculo vicioso: o humor deprimido diminui a força necessária para enfrentar a doença, os sintomas físicos se tornam menos toleráveis e o efeito debilitante do ponto de vista psicossocial pode ser reforçado pelo humor deprimido (71). Um estudo que investiga a prevalência de depressão em pacientes com DPOC grave ($VEF_1 < 50\%$) encontra o valor de 25% e que é 2,5 vezes maior o risco de depressão nesse grupo de pacientes em

relação aos controles; em pacientes com DPOC moderada ou leve não foi observado aumento no risco de depressão (76).

Os pacientes deprimidos mais frequentemente referem percepções negativas sobre a saúde, sentimentos de desesperança e de indecisão e diminuição da auto-confiança muitas vezes acompanhados por um pensamento lentificado (77). Embora seja afirmado que o impacto da ansiedade, da depressão e do uso do álcool sobre o comportamento de auto-manejo durante a exacerbação da DPOC não tenham sido ainda estudados (77), há os trabalhos de Godoy sobre o efeito da psicoterapia sobre a ansiedade e a depressão na DPOC, que demonstram a eficácia da psicoterapia nesses pacientes (78).

Em um estudo de pacientes com DPOC, observou-se que os pacientes deprimidos tinham uma permanência no hospital maior (5,4 dias) comparados aos pacientes não deprimidos (3,9 dias) (72). A depressão não estava associada com o VEF_1 , mas a pontuação de sintomas no SGRQ foi significativamente pior nos pacientes deprimidos do que nos pacientes não deprimidos (72). Nesse estudo, um achado importante é que um excesso de sintomas depressivos em pacientes hospitalizados com DPOC estava associado com um aumento do risco de mortalidade, assim como uma proporção significativa de pacientes não deprimidos conseguia deixar de fumar, enquanto a maioria dos pacientes deprimidos persistia no hábito de fumar (72).

Outro estudo, realizado com pacientes ambulatoriais no Reino Unido, onde são atendidos 85% dos pacientes com DPOC naquele país (61), um em cinco (20,8%) dos participantes referiu uma depressão clinicamente significativa, enquanto um em três (32,7%) dos pacientes referiu uma provável ansiedade clinicamente significativa (61). Nesse trabalho, foi possível constatar que as pessoas com mais de 60 anos era mais

provável que não estivessem deprimidas ou ansiosas do que as pessoas mais jovens; dito de outra forma, a ansiedade e a depressão são mais comuns em pacientes com DPOC mais jovens (61). Os autores chegam a formular a hipótese de que as pessoas mais velhas antecipam a doença como um fato que faria parte do processo do envelhecimento, enquanto seria incomum se ficar incapacitado e funcionalmente limitado antes da aposentadoria (61).

Outro ponto digno de nota é a questão do estigma ligado à bronquite crônica e ao enfisema. O estigma ocorre quando a sociedade rotula alguém como contaminado, indesejável ou incapacitado e as reações negativas podem advir da família, dos amigos, de membros da comunidade ou de profissionais da saúde (79). Os pacientes com DPOC podem ser estigmatizados pelos efeitos visíveis de sua doença, inclusive a sua luta para respirar e o uso de oxigênio suplementar, mas também pela associação da doença ao hábito de fumar e a percepção da natureza autoinflingida de sua condição. Neste último aspecto os pacientes podem ser muitas vezes estigmatizados por seus próprios médicos, em função de sua história de uso do cigarro (79). Sentindo-se estigmatizados pelos familiares, pelos amigos e pelos membros da comunidade, esses pacientes podem se sentir afetados em sua autoestima e tender ao isolamento; sentindo-se estigmatizados por seu médico esses pacientes podem vir a negligenciar no cuidado de sua saúde (79). Um estudo revelou que 96,7% dos pacientes com DPOC e 93% de suas esposas sentiam níveis moderada ou moderadamente altos de solidão e que se sentiam diferentes e afastados das pessoas saudáveis (79). Além disso, existe o ponto de vista de que seja melhor não se tentar a abordagem psicoterápica tradicional, sobretudo quando baseada no *insight*, em pacientes que sofrem de DPOC grave, em função da grande demanda emocional, e conseqüentemente ventilatória, que exige do paciente (80), ponto de vista com o qual não conseguimos concordar.

Pacientes com DPOC e hipoxemia têm uma sobrevivência de dois anos não maior do que 50% (81). A comparação de pacientes com e sem depressão mostrou que o primeiro grupo declinou de manobras ressuscitadoras de cardioversão em 50% dos casos comparados a 23% dos casos no segundo grupo (81). Por outro lado, uma vez tratada a depressão, 16 dos 17 pacientes que haviam aberto mão de manobras de cardioversão passaram a aceitá-las (81). No grupo dos pacientes com DPOC grave e com hipoxemia, o sub-grupo que utiliza oxigênio-terapia de longa duração apresenta altos índices de depressão: 75%, entre os quais, 20% de depressão grave (82).

Um estudo de casos, que investigou o sono de pacientes com DPOC, levantou algumas questões interessantes, como o fato de que à noite todas as pessoas avaliadas se sentiam vulneráveis e isoladas dos mecanismos de apoio disponíveis durante o dia, o que muito provavelmente estava relacionado aos episódios de falta de ar, que desencadeavam pânico, mais ansiedade e dispnéia (83). Pela mesma razão os indivíduos dormiam melhor no hospital, onde se sentiam seguros e curiosamente também desenvolviam comportamentos para interromper ou prejudicar o sono, como comer, beber café ou assistir TV tarde da noite ou sestar várias vezes durante o dia (83).

Um estudo que utilizou a metodologia de estudo de casos, com a análise de histórias relatadas pelos pacientes hospitalizados por exacerbação aguda de sua DPOC (em uso de O₂, corticóide intravenoso e antibióticos) verificou que 8 de 10 pacientes contaram histórias de morte, habitualmente de uma dispnéia intratável (84). O que desencadeava a ação tanto por parte dos pacientes quanto dos familiares era a suposta dispnéia intratável (84). Esse estudo mostra que os pacientes DPOC terminais têm várias experiências de quase morte e que provavelmente morrerão em uma exacerbação aguda,

mas suas histórias traduzem o temor de que o seu chamado pela enfermeira não seja tarde demais (84). É o significado e não a verdade que é comunicado nas histórias. É a verdade de sua experiência, não a experiência objetiva, descontextualizada que é transmitida (85).

1.2. Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT):

Evolução Histórica do Conceito

Embora existam documentos já desde o século XV que atestem sobre reações após a experiência de eventos traumáticos (86), o estudo da questão do trauma na doença mental, nos tempos atuais, pode-se dizer que inicia na Salpêtrière de Paris, nas duas últimas décadas do século XIX, com as pesquisas sistemáticas realizadas por Pierre Janet, discípulo de Charcot, então mestre naquele hospital (87, 88). Foi Janet quem cunhou o termo subconsciente e considerava a codificação e a recuperação das memórias o princípio organizador da mente (87). Acreditava que as pessoas traumatizadas teriam ficado “presas” (Freud usaria o termo “fixadas”) ao trauma, incapazes de assimilar novas experiências, caracterizando então o fenômeno da dissociação - “situação em que dois ou mais processos mentais coexistem, sem se vincularem ou se integrarem” (89). É bem verdade que Pierre Briquet já estabelecera, em 1859, a primeira conexão psicológica entre as origens traumáticas e os sintomas histéricos em 76% das 501 pacientes que ele examinou e que Charcot, em 1887, também estudou a relação psicológica entre os choques nervosos produzidos por trauma ou induzidos por hipnose (90). Essa experiência da psiquiatria francesa, e sobretudo as idéias de Janet, influenciam Freud no estágio que ele faz com Charcot no final de 1885 (87). Em *Estudos sobre a Histeria* (91) Freud escreve: “Nossas experiências, [...], têm demonstrado que os mais variados sintomas, que são ostensivamente espontâneos e, [...]

produtos idiopáticos da histeria, estão tão estritamente relacionados com o trauma desencadeador [...]” (Freud, 1893). Embora haja divergências entre Freud e Janet, por exemplo, no que diz respeito ao papel do ego, ativo, segundo Freud, ou passivo, segundo Janet, na manutenção das memórias desagradáveis, existem muito mais pontos de concordância do que de discordância entre os dois mestres (92). Em 1917 Freud se manifesta sobre as neuroses traumáticas, as neuroses de guerra, e outros acidentes envolvendo riscos fatais, dizendo que em sua raiz se situa uma fixação no momento do acidente traumático e que esses pacientes repetem regularmente a situação traumática, como se fosse uma tarefa ainda não executada (93). Freud ainda escreve um pequeno trabalho em 1919 sobre *Neurose de Guerra* e seu tratamento (94), mas muito pouco se publica sobre esse tema nesse momento. No entanto, talvez o seu trabalho mais importante sobre o trauma seja aquele que data de 1920 (*Além do Princípio do Prazer*), em que ele descreve a compulsão à repetição como a reversão daquilo que, tendo sido vivido passivamente, é agora vivenciado de forma ativa, permitindo assim ao sujeito dominar a situação traumática. (95, 96). É a conexão temporal e de conteúdo entre os sintomas e o evento estressor traumático que define a ambos na composição do transtorno de estresse pós-traumático (86).

Em 1941, o trabalho de Abram Kardiner, psicanalista analisando de Freud, (*The Traumatic Neuroses of War*), que estudou extensivamente os soldados das duas guerras mundiais, define a reação à ameaça iminente de destruição como o núcleo patológico em torno do qual se organiza a nova base de adaptação e que é então definida como a neurose traumática (97). Nesse trabalho podem-se ver os traços embrionários do que viria a ser o Transtorno de Estresse Pós-Traumático editado em 1980 (87). Ainda relacionados à II Grande Guerra os estudos sobre os sobreviventes de campos de concentração apontam sintomas psíquicos em até 99% dos pacientes examinados (98) e concluem que

é a intensidade do estresse sofrido no campo de concentração que parece ser responsável pela “síndrome do campo de concentração” e pela síndrome cerebral orgânica observadas nesses indivíduos, previamente saudáveis (99). Ao regressar dos campos de concentração e retomar o seu trabalho, esses indivíduos necessitavam descansar durante várias horas antes de serem capazes de desenvolver qualquer atividade social ou se ocupar com suas famílias (100). Quase todos esses pacientes sofriam de cansaço, uma reduzida capacidade de concentração e aumento da irritabilidade e da instabilidade emocional, a assim chamada “síndrome do campo de concentração”, intimamente relacionada a uma lesão cerebral e às doenças infecciosas, assim como ao mais alto grau de perda de peso (100). Estudos mais recentes confirmam os resultados iniciais (101). O estudo psicanalítico de sobreviventes de campos de concentração por um sobrevivente, ele próprio, de um campo de concentração elucidou que não existem no inconsciente protótipos das experiências vividas nos campos de extermínio, razão pela qual afirma o autor que, “apesar de seu grave grau de traumatização, nenhum desses pacientes apresentava os outros sinais de neurose traumática. Eles não estavam predispostos e suas experiências chocantes não desencadeavam um conflito infantil pré-existente.” (102).

Fora da tradição psicanalítica, há autores que chegam a afirmar que o estudo científico das respostas traumáticas é um empreendimento recente, com os estudos iniciais datando do reconhecimento do sofrimento psicológico dos combatentes da I e II Guerras Mundiais e dos sobreviventes dos campos de concentração e dos efeitos negativos a longo prazo de sua exposição ao trauma (103). No entanto, o que houve nesse momento recente foi um movimento de valorização dos efeitos nocivos inerentes à idéia de trauma e oriundos de várias situações diferentes. Em primeiro lugar, há o estudo dos veteranos da Guerra do Vietnã e a descrição da “síndrome pós-Vietnã”, com base

no livro de Kardiner. Em segundo lugar, há as pesquisas de Burgess & Holmstrom e a descrição da síndrome dos estupros (“*rape trauma syndrome*”), com reações emocionais, auto-acusações, desorganização do estilo de vida, viagens, mudança de endereço e busca de apoio e pesadelos (104). E por fim, os estudos sobre vítimas de acidentes e queimaduras, que, todos reunidos acabaram resultando na elaboração do diagnóstico Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), incluído na terceira edição do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disease* (DSM-III), de 1980. No DSM I (1952) a síndrome de resposta ao estresse tinha sido incluída sob o diagnóstico de “grandes reações ao estresse” (*gross stress reactions*). No DSM II (1968), essa categoria fora suprimida, para ressurgir, agora clinicamente bem definida, no DSM III em 1980 (105), embora o termo estresse pós-traumático já existisse desde 1978 (106).

No DSM III o TEPT é apresentado como uma doença desencadeada por um estresse capaz de causar sintomas em praticamente qualquer um e requeria apenas um sintoma de re-experimentação, dois sintomas de embotamento emocional e um sintoma de uma lista de sintomas inespecíficos. Esses critérios foram testados em estudos populacionais e foram revisados no DSM-III-R (1987), passando a ser agrupados em critérios de re-experimentação, evitação e excitabilidade aumentada; além disso, é acrescentada a noção adicional de que o evento desencadeante estava fora da ordem usual da experiência humana (90). Já no DSM-IV (1994), o estressor passa a ser dividido em duas partes: a primeira, que qualifica o estressor e a segunda, que qualifica a reação do sujeito que sofre a reação estressante (intenso medo, desamparo ou horror). Ao enfatizar a subjetividade da vítima, essa definição representa uma mudança em relação às definições anteriores (107).

Ainda na década que antecedeu o DSM III, mas não relacionado à guerra, embora

também provocado pelo homem, em fevereiro de 1972, o desastre de Buffalo Creek na Virgínia (EUA), que, em 15 minutos, arrasou um acampamento inteiro de 5.000 habitantes, deixando quase todos desabrigados e 80% dos sobreviventes com uma síndrome de neurose traumática, foi cuidadosamente estudado (108, 109), especialmente na perda devastadora do sentimento de pertencer a uma comunidade entre as pessoas afetadas (110) e no sentimento de culpa por ter sobrevivido (108). Se lembrarmos que o sentimento de que “o mundo se tornou um lugar inseguro e potencialmente perigoso” já faz parte do luto normal (111), aliado ao fato de que o trabalho de luto consiste exatamente da emancipação das ligações com o morto e o reajuste ao ambiente no qual houve a perda e a formação de novas relações (112), poderemos nos representar um pouco da dificuldade emocional dos sobreviventes desse desastre, em que o mundo objetivamente se mostrou um lugar extremamente perigoso e onde olhar à volta significava ver a própria perda ampliada.

Por muitos anos, pouco se publica na literatura psiquiátrica não-psicanalítica sobre o tema do trauma e suas consequências, até que os veteranos da guerra do Vietnam (1958-1975) com neurose de guerra começam a se avolumar e chegam a constituir de 30,9% a 53,4% de todos os homens que serviram naquele país (113) e resultam na publicação do DSM III, com a síndrome pós-Vietnam, que “se caracterizava por um estado de hiperalerta, uma súbita revivência da experiência de combate, entorpecimento emocional e sentimento de culpa por ter sobrevivido, quando outros morreram ou sobre as atrocidades cometidas sobre outros para sobreviver” (114). “Com respeito à vítima, os determinantes mais críticos parecem ser a percepção da ameaça à vida, a percepção da violência física, a experiência do medo extremo e a sensação de desamparo [...]. Níveis mais altos de percepção de ameaça, de sofrimento, de baixo nível de controle percebido e o uso de negação e evitação também podem exacerbar o TEPT ou aumentar a sua

probabilidade.” (115). Segundo Yehuda, o diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático surgiu em 1980 para preencher uma lacuna no campo da saúde mental no sentido de reconhecer que eventos extremamente traumáticos poderiam produzir transtornos clínicos crônicos em indivíduos normais (116). McNally (2003), no entanto, levanta suspeitas em relação a possíveis motivações políticas subjacentes ao surgimento desse diagnóstico naquele momento, já que a taxa de colapsos psiquiátricos na Guerra do Vietnã não passava de 12 / 1000, comparado ao que se observou nas Guerras da Coreia com 37 / 1000 e II Guerra Mundial com 28 a 101 / 1000 (117). Essas motivações políticas se referem à pressão contra a Guerra do Vietnã, por um lado, e à reforma psiquiátrica desenvolvida pela Associação Psiquiátrica Americana com a publicação do DSM-III, por outro (118).

Cumpra ainda ressaltar as alterações do sistema nervoso simpático (SNS) ligadas à emoção (119) e que aumentam a resistência ao estresse e desenvolvem as capacidades defensivas (luta e fuga), alterações essas combinadas a alterações do sistema nervoso parassimpático. Ao experimentar medo, o indivíduo secreta adrenalina e, quando manifesta raiva ou hostilidade, produz noradrenalina (119). É o hipotálamo que medeia o papel mais fundamental para a sobrevivência do indivíduo e da espécie na integração dessas informações (119).

Descrição Clínica

O transtorno de estresse pós-traumático consta da exposição a um evento traumático, que envolveu a morte ou a ameaça de morte ou grave dano à integridade física de pessoas ou da própria pessoa, mais a revivência do evento traumático, a

evitação do mesmo e sintomas persistentes de excitação aumentada; com a duração dos sintomas por mais de um mês (120). Se os sintomas estiverem presentes por menos de três meses, o TEPT é denominado de agudo e, do contrário, é denominado crônico (121). Há os casos em que os primeiros sintomas da doença só se manifestam após seis meses do evento traumático, quando então, o transtorno de estresse pós-traumático é denominado de início tardio (121). Cumpre dizer que a maioria das pessoas expostas a uma situação traumática vai desenvolver uma resposta aguda e breve ao estresse, sem desenvolver sintomas de longa duração, com apenas uma pequena parcela experimentando o transtorno de estresse pós-traumático com sintomas duradouros isoladamente ou em combinação com o diagnóstico de depressão (122). Nesse sentido, de acordo com a definição apresentada acima (que requer a persistência dos sintomas por um mínimo de um mês), é preciso se rever que o TEPT seja o protótipo da resposta ao estresse (123). Há que se ter presente que diferentes aspectos estão envolvidos na sintomatologia do TEPT, tais como a natureza do evento traumático, o número de exposições, a vulnerabilidade do indivíduo, a reação do mesmo frente ao estressor, a rede de apoio após o evento, entre outros (106).

A maioria dos pacientes que apresenta sintomas de TEPT logo após um evento traumático (até 94% dos pacientes) (122) se recupera e não desenvolve um TEPT prolongado, com apenas 10% a 25% dos casos se desenvolvendo em casos crônicos (121). Nesse sentido, o desenvolvimento do TEPT parece ser uma falha do organismo em reverter a resposta aguda ao estresse (122). No entanto, a duração média do TEPT associado ao pior trauma está entre três anos (para aqueles que obtiveram tratamento) e cinco anos (para aqueles que não obtiveram tratamento) e o indivíduo típico que sofre de transtorno de estresse pós-traumático apresenta sintomas ativos por mais de duas décadas (124). Alguns pacientes podem apresentar sintomas até 50 anos após a

situação traumática, como se observa nos traumatizados da IIª Guerra Mundial, em que 56% dos 54 homens que estiveram em fogo cerrado estavam cronicamente doentes ou mortos aos 65 anos (125) ou, dito de outra forma, em que os membros todos do grupo inteiro que esteve em combate, independentemente da presença de sintomas de TEPT, estavam mortos ou cronicamente doentes aos 65 anos - uma prevalência de morbidade física muito maior do que aquela esperada para veteranos não expostos aos estresses de combate (126). Afora o fator tempo, há que se considerar o fator deterioração, que inclui a não realização do próprio potencial em termos de educação, casamento, emprego e danos no funcionamento no dia-a-dia; aliado a tudo isso um aumento no risco de suicídio da ordem de seis vezes em relação à população em geral (124). Além disso, há que lembrar que, mesmo quando os eventos da vida não causam doenças, podem determinar a procura de tratamento médico e até o desenvolvimento de sintomas (127).

Previamente ao estabelecimento do diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático, a “síndrome da neurose de guerra” e a “síndrome da criança espancada” descreviam os sintomas específicos desses eventos distintos. Após o surgimento do diagnóstico de TEPT, a idéia de que uma vez que certo limiar de gravidade fosse transposto, os sintomas não dependeriam da natureza do evento específico que tivesse ocorrido (128).

Os *flashbacks*, característicos do TEPT, são percepções ou imagens mais do que descrições verbais e, embora sejam evocações da memória, são experimentados no presente e não no passado (129). Os detalhes que oferecem, às vezes, não podem ser vistos em outros tipos de memórias (129). Os *flashbacks* são fenômenos do tipo tudo ou nada e o indivíduo não tem controle sobre eles (129). Ainda assim, McNally não acredita que a memória ou os sonhos traumáticos sejam imunes às vicissitudes do tempo (130).

Prevalência

Os transtornos de ansiedade, grupo ao qual pertence o transtorno de estresse pós-traumático - embora seja esse um ponto controverso (131) -, são as doenças mentais mais prevalentes na população em geral e, nos EUA, aproximadamente um em cada quatro adultos sofrerá, em algum momento da vida, de um transtorno de ansiedade (132).

Embora o transtorno de estresse pós-traumático possa ser considerado uma doença altamente prevalente, com taxas de 7,8% (10,4% para as mulheres e 5% para os homens) (133) ou 9,2% (11,3% para mulheres e 6% para homens) (134), em seu primeiro estudo sobre prevalência (5 / 1000 para os homens e 13 / 1000 para as mulheres) foi inicialmente encarada como sendo uma doença incomum (114), interpretação esta que foi, já à época, questionada (135). A sua ocorrência após um evento traumático é antes uma exceção do que a regra (116), embora as estimativas recentes sugiram que a maior parte da população deverá experimentar pelo menos um evento extremamente traumático ao longo da vida e que 25% dos sobreviventes do trauma deverão desenvolver o TEPT (136). É uma doença mais prevalente entre as mulheres e isso pode refletir, em parte, o fato de que são elas a serem, numa frequência 10 vezes maior do que os homens, vítimas de estupro, o tipo de trauma que, em metade dos casos, leva ao transtorno de estresse pós-traumático (137). Por outro lado, as mulheres apresentam, independentemente de outros fatores, uma vulnerabilidade aumentada (o dobro em relação aos homens) no que diz respeito ao transtorno de estresse pós-traumático (138). Contrasta com esses dados as prevalências de vida inteira de 30% para veteranos do Vietnam e 32% para mulheres vítimas de estupro (139). As pessoas com história de ansiedade são quase três vezes mais vulneráveis ao TEPT do que as pessoas sem uma

história familiar de ansiedade (134). E diante dessa informação, cumpre lembrar que os transtornos de ansiedade são, de longe, os mais prevalentes (14% da população, nos EUA) (140). Na replicação de Kessler de 2005, mantém-se, para o transtorno de estresse pós-traumático, o valor de prevalência de 6,8% (141). O maior risco está associado à violência vinculada ao estupro e o menor risco tomar conhecimento sobre o trauma sofrido por outras pessoas (142). O critério combinado da DSM-IV de evitação e entorpecimento foi reconhecido como o mais difícil de preencher e assim o critério limite para o diagnóstico de TEPT (142). O DSM-IV-TR apresenta um valor de prevalência para o TEPT entre os expostos a traumas entre 3% a 58% (143).

Inversamente, aqueles que apresentam transtorno de estresse pós-traumático apresentam uma probabilidade muito maior de desenvolver outros transtornos de ansiedade, transtornos do humor e de abuso de substâncias do que pessoas sem aquela patologia e esse risco de uma patologia secundária desaparece com a remissão dos sintomas do TEPT (124).

Comorbidade

O transtorno de estresse pós-traumático é uma condição clínica que, em 50% a 90% dos casos crônicos, costuma ocorrer em comorbidade com outras doenças psiquiátricas (116), especialmente o transtorno obsessivo-compulsivo, a distimia e o transtorno do humor bipolar (114). É típico que em torno de 80% daqueles que sofrem com transtorno de estresse pós-traumático recebam um diagnóstico adicional e as taxas de comorbidade durante a vida podem atingir os 99% (144). As taxas de eventos traumáticos são muito maiores entre os indivíduos que têm uma doença mental grave do

que entre os indivíduos da comunidade (145). A sub-totalidade dos veteranos de guerra do Vietnam (98,8%) com TEPT tinham outro diagnóstico do DSM-III-R, em comparação àqueles que não tinham esse diagnóstico (133). Dito de outra forma, é antes uma exceção do que a regra um indivíduo apresentar o diagnóstico de TEPT na ausência de qualquer outro diagnóstico psiquiátrico (116, 146). Outro ponto digno de nota é que a gravidade do TEPT está fortemente associada à comorbidade (140, 141). Além disso, há muita sobreposição entre os sintomas de evitação fóbica e entorpecimento, (critério C) e hiperexcitabilidade (critério D), presentes no transtorno de estresse pós-traumático e também na depressão e no transtorno de ansiedade generalizada (147). De 30% a 50% dos pacientes com TEPT sofrem de depressão concomitante, além do fato de que a depressão e o TEPT compartilham 10 dos 17 itens que constituem a escala de Hamilton para o diagnóstico de depressão (121). Davidson apresenta os mesmos valores de quase 50% dos casos (47,9% dos homens e 48,5% das mulheres) (122). Constatou-se que homens com transtorno de estresse pós-traumático apresentam de seis a dez vezes mais chance de ter transtorno afetivo do que homens sem TEPT e, no que tange às mulheres com TEPT, a chance de desenvolver transtorno afetivo é quatro ou cinco vezes maior (148). Quanto aos demais transtornos de ansiedade, pode-se dizer que a probabilidade é de três a sete vezes maior entre os homens e de duas a quatro vezes maior entre as mulheres de que indivíduos com TEPT apresentem outro transtorno de ansiedade em relação às pessoas sem TEPT, enquanto os indivíduos com TEPT têm uma probabilidade duas a três vezes maior de apresentar transtorno por uso de substância em relação a indivíduos sem TEPT (148).

Validade e Aplicabilidade do Conceito

Nos últimos anos tem havido uma série de trabalhos questionando a validade (149-151) e a aplicabilidade (24, 152-157) do diagnóstico de transtorno de estresse pós-

traumático. Summerfield chama a atenção para o fato de que “uma vez que se torne vantajoso conceber o sofrimento como uma condição psiquiátrica, as pessoas escolherão se apresentar como vítimas medicalizadas em vez de sobreviventes aguerridos [criando-se...] uma verdadeira indústria do trauma” (150). Muitos indivíduos diagnosticados como TEPT nunca sequer foram expostos ao trauma (158). Bodkin e col. estudam a relação entre a síndrome do TEPT e o trauma e verificam que essa síndrome “pode ser inespecífica e frequentemente ocorrer na ausência de um trauma” (151). Em 2005, dois grupos de autores, trabalhando independentemente na Filadélfia (24) e na Holanda (159), chegaram a resultados bastante semelhantes e surpreendentes: indivíduos que tinham experimentado um evento que não podia ser qualificado de traumático apresentavam mais sintomas de TEPT do que indivíduos que haviam experimentado um evento traumático. Shephard (*A War of Nerves: soldiers and psychiatrists*, 2000), citado por McHugh & Treisman (118, 160), vêem uma “cultura do trauma” que nos envolve a todos e transforma em “vítimas hordas de pessoas previamente recebidas com honrarias de heróis, veteranos e sobreviventes”. Muito antes do atual milênio, já em 1987, Horowitz mencionava a falta de distinção entre as respostas aos estressores extraordinários e os estressores psíquicos ordinários, embora isso não alterasse, no seu entender, “a utilidade do diagnóstico de TEPT nem seu valor preditivo em explicar os processos psicológicos de adaptação ao evento” (161).

Os estudos com sobreviventes de infarto do miocárdio, por outro lado, destacam que estes pacientes vêem as recomendações médicas como “lembranças traumáticas”, isto é, cada vez que um sobrevivente de um infarto do miocárdio toma uma medicação, ele se lembra de sua doença. Se essa memória é traumática, o sobrevivente vai tentar evitá-la. Assim, os sintomas do transtorno de estresse pós-traumático podem piorar o resultado médico, diminuindo a aderência ao tratamento ao infarto do miocárdio. Um

estudo que testou essa hipótese pode demonstrar esse resultado (162).

Spitzer (163) já sugere as alterações nos critérios diagnósticos no TEPT para o DSM-V: sugere a eliminação da expressão “confrontado com” e o acréscimo do termo “diretamente” ao item 1 do critério A, que passaria então a ser:

Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes:

1. A pessoa vivenciou ou testemunhou diretamente um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros.
2. A resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.

Etiologia

O transtorno de estresse pós-traumático não é, no entanto, a única doença desencadeada por um trauma. Da mesma forma, a depressão, o transtorno do pânico, o transtorno da ansiedade generalizada e o abuso de substâncias (133), assim como os conflitos e a violência familiares (164) e as doenças e os sintomas físicos, em especial a hipertensão, a asma, as síndromes da dor crônica e outras doenças psicossomáticas, têm o seu risco aumentado após uma situação traumática (165).

Hans Selye (1907-1982), ao descrever a “síndrome do estresse” em 1936, reconhece a influência das idéias de Claude Bernard (1813-1878) sobre “o meio interno” - regido pelo princípio do equilíbrio dinâmico - e de Walter Cannon (1871-1945) sobre “homeostasia”, o processo auto-regulador pelo qual os sistemas biológicos tendem a

manter a estabilidade, enquanto se ajustam às condições que são ótimas para a sobrevivência (166). Selye acreditava que as perturbações leves, breves e controláveis da homeostasia, de fato, poderiam ser percebidas como agradáveis ou excitantes e poderiam ser estímulos positivos para o crescimento e o desenvolvimento emocional e intelectual; eram as situações de sofrimento mais grave, prolongado e incontrolável que ele acreditava que levariam aos estados patológicos (167). São essas as situações que vamos observar nos casos de transtorno de estresse pós-traumático.

Em 2002 Yehuda declara que o componente biológico do transtorno de estresse pós-traumático tem se tornado cada vez mais importante à medida que os achados delineiam que essa doença psicológica está associada com alterações distintas, muitas vezes circunscritas, nos mesmos sistemas hormonais, imunes, neuroquímicos e fisiológicos envolvidos em outras doenças médicas e psiquiátricas (168).

O desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático está relacionado a uma falha na contenção da resposta normal ao estresse no momento do trauma, o que resulta em uma cascata de alterações biológicas que levam aos sintomas intrusivos, evitativos e de hiperexcitabilidade (169). No trauma, o principal resultado da estimulação emocional excessiva é seu efeito na função e talvez na estrutura da barreira neuronal cortical, em particular no que diz respeito ao controle da agressividade (170). Como diz Yehuda, até acontecimentos corriqueiros poderiam ser “traumáticos” para indivíduos vulneráveis (171).

Uma vez ativado o *input* sensorial a partir do evento traumático e transmitido para a amígdala, leva à ativação de quatro tipos de respostas simultâneas. A primeira é a ativação da resposta de sobressalto. A segunda resposta, através do sistema nervoso

simpático, consiste da liberação de adrenalina, que aumenta o ritmo cardíaco, a pressão arterial, o fluxo sanguíneo e o aumento do aporte de glicose para os músculos, bem como um estímulo para a formação da memória. A terceira resposta consiste na supressão do sistema parassimpático, que poderia competir com o sistema simpático. Por fim, a quarta resposta, através do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, o hipocampo e a amígdala ativam o hipotálamo, que libera o fator liberador de corticotrofina, que, por sua vez, ativa a hipófise a liberar o hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), que então ativa a adrenal a liberar o cortisol (122).

Pode-se dizer, hoje em dia, que o transtorno de estresse pós-traumático é um transtorno dos circuitos neurais que servem à experiência, à consolidação e à expressão da memória do medo (172). Frente à percepção de uma ameaça, ocorre a promoção de uma seqüência de eventos moleculares e celulares que alteram a estrutura e o funcionamento do encéfalo, criando um registro adaptativo de informações relacionadas à sobrevivência, reação essa que depende da ativação do complexo *locus ceruleus*-noradrenalina-sistema nervoso simpático e do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), em especial do hipotálamo, onde ocorre a síntese e secreção do hormônio de liberação da corticotrofina (CRH) e neuropeptídeos como a vasopressina (86). Pelo sistema porta esses peptídeos passam do hipotálamo para a hipófise anterior, onde a CRH estimula a síntese e a liberação do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) na circulação sistêmica, o qual, por sua vez, estimula a liberação de glicocorticóides pela supra-renal, dentre os quais o cortisol, que desempenha um papel central na resposta aos estressores, produzindo lipólise, glicogenólise e o catabolismo de proteínas, mantendo altas as concentrações de substratos energéticos no sangue, além de suprimir a resposta imunológica do organismo (86). Em termos fisiológicos, o TEPT se caracteriza como uma resposta crônica e desadaptativa, em que ocorre uma hiperativação do sistema nervoso

simpático, caracterizada pela produção aumentada de adrenalina e noradrenalina na circulação sanguínea pelos próprios terminais simpáticos e pela medula da supra-renal (86).

O TEPT é classificado entre os transtornos de ansiedade (173). No entanto, é uma doença na qual o problema é uma memória que se refere a um evento traumático passado, que produz uma sensação de ameaça grave no presente (173). Alguns autores consideram esse transtorno uma modalidade de patologia da memória, a ponto de que todo paciente com queixas de pesadelos recorrentes deva ser investigado quanto à existência de eventos traumáticos (174). A revivência consiste principalmente de impressões sensoriais, mais do que pensamentos, e essas são experimentadas como se estivessem ocorrendo agora mesmo e não fossem memórias e emoções de um tempo passado (173). Distingue-se dos outros transtornos de ansiedade pelo alto grau de generalização do medo e pela revivência do trauma através de imagens e pensamentos intrusivos, *flashbacks* e pesadelos. Enquanto os estímulos que desencadeiam ansiedade nos fóbicos são circunscritos e específicos, nos pacientes que sofrem de TEPT, esses estímulos são de natureza imprevisível e virtualmente não há lugar “seguro” para os que sofrem desta doença (175). Parece haver diferenças significativas entre o modo como as pessoas com transtorno de estresse pós-traumático selecionam e classificam as experiências e a maneira como as outras pessoas o fazem. É característica do TEPT que os elementos sensoriais do trauma continuem a se intrometer como *flashbacks*, pesadelos e estados alterados de consciência nos quais o trauma é revivido, sem ser integrado com a sensação de *self* (176). O trauma produz efeitos de memória incomuns, com extremos de retenção e esquecimento: experiências aterrorizantes podem ficar indelevelmente gravadas na memória ou resistir completamente à integração (176). A falha em processar a informação em um nível simbólico parece ser o próprio núcleo da

patologia do transtorno de estresse pós-traumático (176).

Tem sempre havido uma discussão, histórica já em psiquiatria, em torno da etiologia do transtorno de estresse pós-traumático, com questões a respeito da gravidade do trauma ou a vulnerabilidade pré-mórbida da pessoa envolvida ser o fator preponderante (126), com o tão citado trabalho de McFarlane, de 1989, concluindo a favor da vulnerabilidade pré-mórbida como o fator mais importante, especialmente nos casos crônicos (177). As pesquisas recentes sobre os mecanismos de transmissão transgeracional da informação genética que regula a atividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal em filhos de pais com TEPT mostram que esses acontecimentos na vida dos pais estão associados ao desenvolvimento de TEPT nos filhos, muito provavelmente através de um processo de metilação e desmetilação do DNA (178). Trata-se, portanto, de um exemplo da intrincada relação entre os fatores internos e externos na determinação do aparecimento do transtorno de estresse pós-traumático.

O transtorno de estresse pós-traumático pode ser inicialmente concebido como uma doença que ocorre em torno de dois eixos: a intrusão e a evitação (179). A natureza dolorosa dos estados mentais ligados aos sintomas intrusivos (pensamentos intrusivos, *flashbacks* e pesadelos recorrentes) leva a que sejam mantidos sob evitação, oscilando então o sujeito entre os estados intrusivos e evitativos (179). No entanto, a resposta ao estresse traumático deve ser entendida ao longo de três dimensões: intrusão, evitação e excitabilidade (179). Um estudo com uma amostra de mulheres vítimas de violência, sexual ou não, chegou a distinguir a evitação do entorpecimento como fenômenos separados, com os sintomas de entorpecimento melhor distinguindo as pacientes com TEPT (180).

Embora as pesquisas das duas últimas décadas confirmem o transtorno de estresse pós-traumático como entidade nosológica, tem havido muitas mudanças em relação ao conceito original. Mesmo uma publicação de 1995 de Rachel Yehuda já traz vários pontos importantes. Em primeiro lugar, esse diagnóstico não se restringe mais aos casos desencadeados por situações extraordinariamente adversas, em que o padrão sintomático não depende da vulnerabilidade constitucional, mas estava na dependência das grandes guerras mundiais (181). Ao contrário, passou a se estudar, cada vez mais, os fatores de vulnerabilidade do indivíduo. Assim, diferentes tipos de eventos produzem diferentes taxas de TEPT: a prevalência durante a vida de TEPT entre as vítimas de crime varia entre 19% e 75%, enquanto a prevalência de TEPT entre os prisioneiros de guerra e de sobreviventes de campos de concentração varia entre 47% e 50% (116). Uma história de trauma prévio: mulheres com uma história prévia de estupro apresentavam uma probabilidade três vezes maior de desenvolverem TEPT do que na primeira vez. Naquela época não era claro se os fatores de risco para o TEPT sugeriam uma predisposição específica para esta doença ou uma predisposição geral para a doença mental (116).

Não poderíamos deixar de mencionar uma última palavra sobre os indivíduos que se encontram ou se colocam em situações estressantes possivelmente para satisfazer a compulsão a repetir o trauma (182).

Dissociação

Desde as observações cuidadosas e pioneiras de Janet sobre a relação entre trauma e o fenômeno da dissociação, que essa relação tem-se mantido, como, por exemplo, no fato de haver experiências dissociativas no momento do trauma e isto ser o principal preditor a longo prazo para o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-

traumático (146, 183). Assim, por exemplo, um estudo mostrou que as pessoas que apresentavam dissociação peri-traumática tinham uma probabilidade 4,12 vezes maior de desenvolver TEPT agudo e 4,86 vezes maior de desenvolver TEPT crônico (184). Por outro lado, os principais fatores que levam à dissociação são a perda familiar na infância e o abuso sexual intra e extra-familiar (146). Para van der Kolk a tríade dissociação, somatização e problemas com a regulação afetiva são centrais no TEPT e menciona um estudo com tomografia com emissão de pósitrons em que as pessoas foram submetidas a lembranças do trauma e mostraram uma atividade aumentada em áreas do hemisfério cerebral direito, envolvidas na excitação emocional, assim como no córtex de associação visual direito, enquanto havia uma ativação diminuída no hemisfério cerebral esquerdo na área de Broca (o que sugere uma diminuição na capacidade de colocar a experiência em palavras) (146).

Fatores de Risco

Entre os fatores de risco, destacam-se os fatores genéticos, como a constatação de que, em estudos com gêmeos (dizigóticos e monozigóticos), um terço da variância se deveu a contribuições específicas da herança de sintomas de TEPT e a correlação para os pares homozigóticos foi aproximadamente o dobro daquela para os pares dizigóticos (185, 186). Foi possível concluir que as influências genéticas sobre a exposição ao trauma e sobre os sintomas de TEPT subsequentes são substancialmente sobreponíveis (186). Ocorrem desregulações sobre a atividade do cortisol no TEPT, mas ainda não está claro se são causa ou consequência do transtorno de estresse pós-traumático (187). O gene transportador da serotonina possivelmente desempenhe um papel no grau de resposta aos eventos traumáticos, em particular na sensibilidade dos indivíduos aos

efeitos depressivos dos eventos estressantes da vida (187). Um elevado risco de envolvimento com trauma liga-se a fatores tais como traços de personalidade, abuso de substâncias, história de transtorno de humor ou de ansiedade e psicopatologia familiar. Isso leva à conclusão de que uma predisposição genética, combinada com um estresse precoce em estágios críticos do desenvolvimento, pode resultar em um fenótipo que é neurobiologicamente vulnerável ao estresse e que diminui o limiar do indivíduo para desenvolver transtornos depressivos ou ansiosos, caso um estresse adicional ocorra (187). Além disso, a ocorrência de condições clínicas potencialmente graves, como as neoplasias ou as doenças coronarianas, podem se constituir em um evento traumático e resultar em uma síndrome de TEPT (174).

O nível de inteligência é um importante fator de risco para o desenvolvimento de TEPT. Tomando-se, do grupo das crianças que foram expostas a assistirem a assaltos, incêndios e foram submetidas a abusos físicos ou sexuais, aquelas que apresentavam um QI acima da média, 67% delas não apresentaram TEPT, enquanto somente 20% das crianças com QI abaixo da média não desenvolveram um quadro de TEPT nas mesmas condições (117).

Um estudo histórico de Solomon de 1988 demonstrou que os veteranos da guerra do Líbano que eram filhos de sobreviventes do Holocausto mais provavelmente desenvolviam TEPT do que outros soldados de Israel que passassem pela mesma experiência militar (188, 189). Não é o fato da exposição ao trauma em si que está associado à traumatização secundária ou às respostas intergeracionais ao trauma parental, e sim os sintomas pós-traumáticos dos pais que podem ser relevantes (189). O poeta Paul Celan disse que os filhos dos sobreviventes “mamaram o leite negro” do trauma.

A característica distintiva do transtorno de estresse pós-traumático é a alternância entre a reexperiência e a evitação das memórias relacionadas ao trauma (144). As memórias que estão particularmente relacionadas ao TEPT aparecem rápida e espontaneamente, irrompendo na consciência com alta frequência (144). Em muitos casos as memórias intrusivas consistem de imagens acompanhadas de altos níveis de excitação fisiológica e são experimentadas como revivências do trauma original (*flashbacks*) (144). Outras memórias, em especial aquelas associadas a traumas no passado distante, podem ser mais fragmentárias, consistindo de sensações visuais, auditivas, olfativas ou táteis isoladas (144). Elas podem ter as qualidades de *flashbacks* sem necessariamente corresponder a um evento claramente reconhecível (144). Nessas revivências espontâneas as emoções parecem ser ressintetizadas em sua qualidade original e nisso diferem completamente das memórias deliberadamente evocadas (144).

Pode-se dizer que o trauma envolve a violação dos pressupostos básicos relacionados com a sobrevivência do indivíduo como membro de um grupo social (144). Esses incluem pressupostos (não necessariamente conscientes) sobre a invulnerabilidade à morte ou à doença, sobre o *status* na hierarquia social, a capacidade de atingir os padrões morais internos e os principais objetivos na vida, a disponibilidade e a confiabilidade em figuras de vínculo e a existência de uma relação ordenada entre ações e resultados (144). Os tipos de eventos que violam esses pressupostos costumam indicar que o mundo é incontrolável e imprevisível (144). O grau em que é incontrolável, imprevisível e percebido como ameaça são fatores que contribuem para a intensidade da resposta a uma experiência traumática (190). O incontrolável é tão inaceitável que algumas mulheres vítimas de estupro chegam ao cúmulo de aceitarem a crença social de que uma mulher não pode ser forçada a ter relações sexuais contra sua vontade e se

sentirem culpadas, numa tentativa de adquirirem algum grau de controle sobre sua situação. Os experimentos com animais mostram que o incontrolável é ainda mais inaceitável do que o imprevisível (175).

Para que ocorra a resolução do trauma e a sua integração, isso representa um estágio ideal, no qual as memórias do trauma tenham sido completamente processadas ou elaboradas e integradas com as demais memórias da pessoa e seu senso de *self* no mundo, resolvendo-se as discrepâncias com expectativas e objetivos pré-existentes (144). É preciso que haja suficientes repetições do incidente na memória para que a pessoa aceite a realidade do que aconteceu com ela e suas consequências sem que se sinta dominada pelas emoções concomitantes (144). Antes que a grande perda interpessoal possa ser aceita, é preciso que o sobrevivente ajuste o seu modelo interno de *self* e de relacionamento com a pessoa perdida; como resultado desses ajustes, podem ocorrer profundas alterações e a pessoa pode sentir que não é mais a mesma de antes do trauma (144).

Já em 1941 Kardiner caracterizava a “neurose traumática” como constando, por um lado, do ponto de vista fisiológico, de uma diminuição do limiar de estimulação, enquanto, do ponto de vista psicológico, de um estado de prontidão para as reações de pânico (176). No linguajar do final do século passado, isso pode ter sido expresso como: uma aparente tentativa de compensar a hiperexcitabilidade crônica, em que as pessoas traumatizadas parecem se fechar, evitando os estímulos que as lembram do trauma, através do entorpecimento emocional (176). As reações psicofisiológicas anormais no TEPT podem ocorrer em dois níveis distintos: 1) em resposta às lembranças específicas do trauma e 2) em resposta a estímulos intensos, mas neutros. Existe a incapacidade de discriminar estímulos relevantes de estímulos irrelevantes e - mais importante - com a

excitabilidade fisiológica crônica e a conseqüente inabilidade de regular as reações autonômicas aos estímulos internos e externos, o indivíduo perde a capacidade de utilizar as emoções como sinais para tomar ações adaptativas (176).

O estudo dos fatores de risco para o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático tem apontado o sexo feminino, uma idade mais baixa, a falta de instrução, a adversidade e o abuso na infância, uma história psiquiátrica prévia e familiar, um trauma prévio, a gravidade do trauma e a falta de apoio social como os principais fatores (191). Estes últimos cinco fatores mais a dissociação e as respostas emocionais peritraumáticas são os fatores apontados como os mais significativos na meta-análise de Ozer (183). Fazendo-se um estudo comparativo, observa-se que a prevalência de vida inteira da violência ligada ao estupro é duas vezes maior em não-brancos do que brancos, em pessoas de baixa *versus* de alta instrução e em pessoas de baixa *versus* de alta renda (171). O impacto da gravidade do trauma foi muito maior entre os veteranos de combate do que entre os civis vítimas de traumas (191). Assim, entre os sobreviventes do Holocausto, a gravidade dos sintomas de TEPT estava relacionada tanto ao efeito cumulativo dos traumas ao longo da vida quanto aos eventos estressantes atuais (192). Os eventos que envolvem violência interpessoal com maior frequência dão origem ao TEPT do que eventos como acidentes de automóvel ou acidentes naturais (165). As questões psicológicas envolvidas no tratamento do transtorno de estresse pós-traumático giram em torno de problemas com perdas, o que explica a sobreposição entre os sintomas de depressão e TEPT e a comorbidade entre esses dois diagnósticos (183). Por fim, cumpre lembrar um último fato digno de nota que é que o TEPT parental pode estar associado a alterações biológicas que tornam a prole mais vulnerável aos efeitos da exposição ao trauma, sendo que, dos pais, parece ser a mãe a contribuir a essa herança (188).

Os acidentes de automóvel têm sido das maiores causas de transtorno de estresse pós-traumático, com 34% de TEPT nos casos em um mês após o acidente (193). É interessante se observar que para as mulheres, assim como para os não-brancos, a chance de se desenvolver o TEPT é mais de 6,5 vezes maior do que para os homens brancos (193).

Um dos raros estudos prospectivos realizados em transtorno de estresse pós-traumático, que avaliou a saúde emocional dos sobreviventes do terremoto de Loma Prieta em 1989 em San Francisco, detectou que os indivíduos com respostas de estilo ruminativo apresentaram níveis mais altos de sintomas associados com TEPT nos dez dias subsequentes ao terremoto (194).

Estudos Psicofisiológicos

Passando agora à descrição dos estudos que abordam mais diretamente a questão neurohumoral, podemos inicialmente dizer que esta função no TEPT está na direção oposta das respostas usuais do estresse (176). No transtorno de estresse pós-traumático, os níveis de cortisol são mais baixos quando comparados com outros grupos psiquiátricos e com controles normais, especialmente tarde da noite e cedo pela manhã (entre 16:00 e 22:30 e depois entre 00:30 e 04:30-05:00), isto é, nos períodos de níveis mais baixos do ciclo circadiano do cortisol, resultando em um ciclo de maior amplitude do que o normal (128, 195). Os níveis de cortisol são comparáveis nos seus picos entre indivíduos normais e com TEPT e mais baixos no nadir da curva circadiana dos indivíduos com TEPT (196). Isso é inicialmente difícil de supor em função da constatação dos níveis crônica ou

transitoriamente aumentados de fator liberador de corticotrofina (CRF) do hipotálamo, que caracterizam o transtorno de estresse pós-traumático (128). Esses níveis aumentados de CRF desencadeiam na hipófise a liberação de níveis por sua vez também aumentados de hormônio adrenocorticotrópico (ACTH). A tendência a uma diminuição na produção de cortisol pela adrenal pode representar um fator de risco pré-existente relacionado a certos tipos de experiências precoces em algumas pessoas que desenvolvem TEPT (196), pois a exposição crônica ao estresse no período neonatal pode ter efeitos profundos nas respostas subsequentes do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal ao estresse (197). A ativação do sistema nervoso autônomo (SNA) também é um componente importante da resposta ao estresse, na qual a descarga simpática coordenada leva a um aumento na frequência cardíaca e da pressão arterial. Isso permite uma melhor perfusão dos músculos e órgãos vitais e um aporte aumentado de energia à musculatura esquelética através da glicose mobilizada para o sangue (128). A ativação do SNA também resulta na mobilização de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina), que vão configurar o que Cannon chamou de resposta de luta e fuga. Este foi o primeiro sistema biológico a ser ligado à resposta ao estresse (128). Os experimentos recentes levam a pensar que os baixos níveis de cortisol possam ser um preditor de TEPT mais do que uma consequência desse transtorno, mais baixos até mesmo antes da exposição do sujeito ao trauma (196). Entre as respostas biológicas, é possível destacar a inibição do crescimento e das funções reprodutivas, depressão da resposta imunológica/anti-inflamatória e da própria resposta ao estresse (86). Os filhos dos sobreviventes do Holocausto com TEPT, comparados àqueles sobreviventes sem TEPT apresentavam baixos níveis plasmáticos e urinários de cortisol (198). A presença de TEPT materno estava especificamente associada à presença de TEPT nos descendentes. O transtorno de estresse pós-traumático paterno tinha um efeito somente se a mãe também tinha o transtorno de ansiedade. O efeito do TEPT da mãe era maior na presença do TEPT paterno, mas se

fazia presente mesmo na sua ausência (198).

Através do uso de inibidores específicos foi possível demonstrar que a ansiedade, o pânico e os sintomas específicos do TEPT são efetuados por meio de receptores α^2 -adrenérgicos e serotoninérgicos (199).

O eixo hipotálamo-pituitária-adrenal desempenha um papel central na regulação da resposta do organismo ao estresse. Yehuda propôs que a função do sistema glicocorticóide é excluir as outras reações que são iniciadas após a exposição imediata ao estresse agudo (176). A exposição crônica ao estresse altera de maneira permanente o modo como o organismo lida com o seu ambiente numa base do dia-a-dia. Enquanto o estresse agudo ativa o eixo HPA e aumenta os níveis de glicocorticóide, o organismo se adapta ao estresse crônico mediante a ativação da alça de *feedback* negativo, que resulta em 1) níveis mais baixos de glicocorticóide de repouso no organismo cronicamente estressado, 2) secreção diminuída de glicocorticóide em resposta ao estresse subsequente e 3) aumento na concentração de receptores de glicocorticóide no hipocampo (176). À medida que as reações biológicas ativadas pelo estresse são estancadas, a atividade do eixo HPA é suprimida pela inibição de *feedback* negativo do cortisol na hipófise, no hipotálamo e em outros locais (200).

Embora os primeiros estudos psicofisiológicos com veteranos de guerra datem de 1918 (201), esse tipo de estudos continua em franco desenvolvimento e a demonstração de que os indivíduos com TEPT produzem respostas fisiológicas aumentadas quando expostos a estímulos relacionados às suas situações traumáticas é o achado mais consistente na literatura (202). Desde os primeiros achados, os pesquisadores têm repetidamente demonstrado, mediante a apresentação de estímulos padronizados de

combate, que veteranos com transtorno de estresse pós-traumático mostram respostas fisiológicas aumentadas, quando comparados com veteranos e não veteranos sem TEPT, especialmente a frequência cardíaca (202). Durante a apresentação de sons de combate, os veteranos com TEPT produziram aumentos significativamente maiores nos níveis da frequência cardíaca e da pressão arterial, quando comparados com os controles não veteranos (202). Em geral, os resultados da pesquisa psicofisiológica em transtorno do estresse pós-traumático confirmam a presença de uma gama de diferenças autonômicas, sensoriais e de processamento cognitivo entre os indivíduos com e sem o transtorno (202). Os achados incluem uma capacidade aumentada de responder às lembranças do trauma; sobressalto exagerado; aumento da capacidade de sofrer condicionamento e de responder autonomicamente a estímulos aversivos de alta intensidade e atividade fisiológica tônica e basal aumentada (202). Além disso, há evidências de anormalidades no processamento cognitivo (202).

Têm-se observado várias alterações não somente na memória, mas também na atenção e no senso de orientação em pacientes com transtorno de estresse pós-traumático (203). Durante o dia, a intrusão das memórias traumáticas toma a forma de *flashbacks* e, à noite, de pesadelos aterrorizantes que não se dissipam com o passar do tempo (203). Os sintomas de evitação consistem, em parte, de tentativas de afastar essas memórias penosas. Simultaneamente, alguns sobreviventes são incapazes de lembrar certos aspectos da situação traumática (203). O que se observa, portanto, não é uma hipermemória ou uma hipomemória, mas uma distorção da memória, e o sofrimento a ela associado (203). Além disso, pelo menos uma parte dos veteranos do Vietnã e da Guerra do Golfo com TEPT parece ter uma capacidade de atenção e flexibilidade mentais reduzidas (203). É também digno de nota que os sobreviventes de campos de concentração apresentem uma característica e prematura perda de memória (203). Os

sobreviventes podem experimentar uma sensação de confusão, desorientação e distorção da sensação de tempo, lugar ou alterações na percepção de dor, da realidade ou da imagem corporal (203).

Estudos Psicanalíticos

Passando agora aos estudos com enfoque psicanalítico das bases do transtorno de estresse pós-traumático, podemos iniciar com uma referência ao pronunciamento de W. Rivers na *Royal Society of Medicine* em Londres, em 1917, sobre o papel da repressão nos sentimentos despertados pela guerra. Ele pretende mostrar que os sintomas mais sofridos e penosos de que padecem os sujeitos com neurose de guerra não são o resultado necessário das tensões e choques a que estão expostos na guerra, mas que se devem à tentativa de banir da mente as memórias angustiantes das batalhas ou os dolorosos estados afetivos que resultaram de sua experiência na guerra (204). Já o trabalho clássico de Kardiner descreve o medo da destruição como o núcleo patológico em torno do qual se organiza um novo estilo de adaptação e explica a neurose traumática como esta nova organização e as reações do sujeito a ela. Essa neurose diz respeito ao instinto de auto-preservação (97). Kardiner declara que foi na teoria de Freud sobre o princípio da barreira do estímulo, exposta em *O Princípio do Prazer* (96), que ele se baseou como ponto de partida para suas reflexões sobre esse tema, concluindo que a neurose é uma forma de adaptação mais do que uma forma de doença (97).

Três décadas mais tarde, Besel van der Kolk busca em Janet a base para o entendimento do problema do trauma e da compulsão à repetição. Os indivíduos traumatizados, fixados no trauma, desenvolvem uma dificuldade em assimilar

experiências subsequentes e é como se o desenvolvimento de sua personalidade tivesse parado em determinado ponto e não pudesse se expandir mais pela assimilação de novos elementos (205). O trauma perturbaria de forma permanente a capacidade de lidar com outros desafios e a vítima que não integrou o trauma estaria fadada a repetir o material reprimido como uma experiência contemporânea em vez de lembrá-lo como algo pertencente ao passado (205). Na repetição do trauma o ego pode desempenhar o papel tanto da vítima quanto do agressor. O reviver da vitimização é das principais causas de violência (205). Os criminosos frequentemente foram vítimas física ou sexualmente abusadas quando crianças. Por outro lado, os atos auto-destrutivos são comuns entre as crianças abusadas (205). Além disso, a revitimização é um achado consistente. As vítimas de estupro são mais provavelmente estupradas e as mulheres que foram física ou sexualmente abusadas na infância mais provavelmente serão abusadas na vida adulta (205). Os homens e meninos abusados tendem a se identificar com o agressor e se tornar vitimizadores, enquanto as mulheres abusadas mais provavelmente se unirão a homens abusivos, permitindo que elas próprias e seus filhos sejam vítimas de abuso. A gravidade do abuso físico na infância e a posterior violência nas relações conjugais é uma relação direta (205). Isso talvez se deva ao fato de que, em condições normais, a maior parte dos indivíduos traumatizados consegue um bom ajuste psíquico e social. No entanto, sob estresse, o estado emocional elevado ou a excitação física causam retraimento ou agressão (205). A repetição compulsiva do trauma costuma ser um processo inconsciente que, embora possa promover uma sensação temporária de domínio e até de prazer, por fim acaba perpetuando sentimentos crônicos de desamparo e uma sensação subjetiva de estar mal e fora de controle (205). A ênfase sobre o papel da realidade externa é um fator crucial na distinção entre os transtornos de estresse e os transtornos neuróticos (206). O mau uso de certos mecanismos de defesa, especialmente de mecanismos arcaicos, como a identificação projetiva, a negação e a cisão (*splitting*) do ego, predispõe o indivíduo à

distorção da percepção da realidade e à experiência traumática (206). A configuração intrapsíquica de compulsão à repetição e negação corresponde ao resultado fenomenológico do revivenciar e do retraimento que se seguem (147). As patologias de caráter tornam o TEPT mais provável, assim como os mecanismos de defesa mais desenvolvidos protegem contra o desenvolvimento deste transtorno (147). Da mesma forma, uma estrutura neurótica (predomínio de mecanismos de defesa de nível neurótico) aumenta o risco de desenvolvimento de TEPT em indivíduos expostos ao trauma (207).

Uma pesquisa realizada com veteranos de guerra internados mostrou que o nível das relações de objeto avaliadas pelo médico assistente foi o principal fator a predizer o resultado de tratamento, mais confiável do que a cronicidade, as características demográficas, o transtorno de personalidade, a exposição ao trauma de guerra ou de infância ou a gravidade sintomática ou o ajustamento pré-teste (208). Visto o curso deteriorante do TEPT crônico, a pontuação dos pacientes no pós-teste deveria piorar, a menos que o tratamento de alguma forma modificasse a trajetória negativa. Os pacientes com relações de objeto mais desenvolvidas podem necessitar do desafio e da estrutura de uma abordagem combinada de terapia cognitivo-comportamental e existencial para se confrontar com as memórias traumáticas e desenvolver a psicoterapia. Já os pacientes com relações de objeto mais primitivas, especialmente quando caracterizadas por dependência e evitação caracterológicas primárias, podem responder melhor a uma terapia que enfatize a contenção da perturbação emocional difusa e esmagadora, sem o desafio do trabalho focal sobre o trauma, pois esses pacientes tendiam a lembrar as experiências traumáticas da zona de batalha através de uma lente psíquica primitiva, na qual os sentimentos de terror, culpa, vergonha, raiva e desespero pareciam não somente intensos mas esmagadores e aniquiladores, piorando no curso do tratamento (208).

Terrorismo

Os estudos sobre terrorismo, infelizmente, têm tido múltiplas e crescentes oportunidades de pesquisa nos últimos anos (209), embora haja ainda muitos empecilhos para a efetivação da pesquisa em casos de terrorismo (169). Terrorismo é o protótipo de evento traumático, concebido para instilar o medo na sociedade inteira (210). Embora a maioria dos ataques terroristas não cause grandes perdas humanas, o impacto psicológico dos atos e ameaças terroristas pode ser muito espalhado (169). As pessoas que não se encontram nas proximidades do alvo do ataque terrorista, ou as pessoas que não foram diretamente atingidas pela perda de alguém importante para elas também podem ser afetadas em termos de sua saúde mental (210). Nesse sentido é bom lembrar um experimento realizado por Horowitz, em que ele comparou a reação a filmes neutros e filmes estressantes e observou uma presença significativamente maior de pensamentos intrusivos nas pessoas que assistiam aos filmes estressantes (211). Os ataques de 11 de setembro de 2001 resultaram, na maioria dos americanos, em sintomas como dificuldade em se concentrar no trabalho ou na escola, sentimentos depressivos, pesadelos e raiva (169) bem como numa prevalência de 7,5% de transtorno de estresse pós-traumático nas semanas que se seguiram (212), mas que caíram seis meses após para uma prevalência de 0,6% (210). O transtorno de estresse pós-traumático era três vezes mais frequente entre as pessoas que moravam mais próximas às torres gêmeas (213). Nas duas primeiras semanas após o trauma, uma maior gravidade de sintomas estava associada a uma maior gravidade sintomática subsequente (210). Assim, os pacientes que apresentavam um grande vulto de sintomas, nos dias que imediatamente se seguiram ao trauma, representam dois sub-grupos distintos, que consistem daqueles para os quais os sintomas desapareceram dentro de uns poucos dias e outros para os quais os sintomas persistiram (210). Isso sugere que o processo patológico envolvido no TEPT consiste de

uma falha na recuperação de sintomas iniciais (210). Além da dissociação, outro fator importante de previsão patológica é a presença de ataques de pânico durante ou imediatamente após o trauma (210). Existem evidências de que os ataques de pânico ocorrem em 53-90% dos sobreviventes de trauma que sofrem um ataque traumático grave (210). Tanto a dissociação quanto o pânico peri-traumáticos podem resultar em uma interpretação catastrófica do evento traumático e a conclusão errônea de que os sintomas são precursores de problemas mais sérios (210). A maior parte dos sobreviventes de um trauma vai se envolver na extinção do aprendizado nas semanas que se seguem, associando os estímulos condicionados com consequências seguras e assim inibindo a resposta de medo (210). Em contraste com isso, a minoria das pessoas que desenvolvem TEPT são aquelas que sofrem de uma falha no processo de extinção, o que resulta em que se tornem mais sensibilizadas ao trauma (210). É provável que pessoas que desenvolvem pânico, dissociação ou intenso sofrimento durante ou imediatamente após o evento traumático tenham níveis mais altos de catecolaminas (210). Um nível mais alto de catecolaminas no pós-traumático imediato pode aumentar a probabilidade de lembranças intrusivas nos primeiros dias e semanas após o trauma (210). As reações de pânico se associam com uma resposta aumentada das catecolaminas no momento do trauma (210). As pessoas que desenvolvem TEPT apresentam uma frequência cardíaca mais alta pós-trauma, o que sugere um maior grau de ativação do sistema nervoso simpático e aponta, portanto, a uma alteração biológica real das pessoas que desenvolvem o transtorno de estresse pós-traumático (210).

Do ponto de vista fisiológico, a ativação do sistema nervoso simpático e a liberação de adrenalina permitem ao organismo aumentar sua capacidade fisiológica de “luta e fuga” em resposta à ameaça e facilitam a consolidação da memória de ameaça (214). A ativação simultânea do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, culminando na liberação de

cortisol, ajuda a conter a resposta ao estresse quando a ameaça é removida (214). Os indivíduos que desenvolvem TEPT têm respostas de cortisol atenuadas ao trauma e podem assim deixar de limitar a resposta do sistema nervoso simpático, o que poderia resultar em níveis persistentemente aumentados de catecolaminas no momento durante o qual a memória do evento traumático estivesse em processo de consolidação (214). Portanto, a memória do evento não somente seria fortemente gravada, mas estaria associada a um sofrimento subjetivo extremo (214).

Na Guerra do Iraque, no ano de 2003, o estudo de soldados americanos antes de irem para o Iraque ou o Afeganistão e após o seu retorno demonstrou uma diferença significativa na frequência de depressão, TEPT e problemas com o uso de álcool, mas em especial na frequência de transtorno de estresse pós-traumático (215).

Cumprindo ainda mencionar os estudos de Rachel Yehuda com o cortisol em sobreviventes do Holocausto, em que ela demonstrou, por exemplo, que os sobreviventes com transtorno de estresse pós-traumático tinham níveis de cortisol significativamente mais baixos do que os sobreviventes sem TEPT ou os controles (116). Os sobreviventes do Holocausto com TEPT crônico apresentavam uma excreção urinária de cortisol significativamente mais baixa do que os indivíduos que não haviam sido expostos ao Holocausto e que não preenchiam os critérios para TEPT atual ou passado como resultado de qualquer outro evento traumático (116). Da mesma forma, os sobreviventes do Holocausto com TEPT tinham níveis de cortisol significativamente mais baixos do que os sobreviventes do Holocausto sem TEPT, enquanto os últimos tinham níveis de cortisol que não diferiam significativamente do grupo não exposto ao Holocausto (116). Em especial, a gravidade dos sintomas de evitação prediz os níveis de cortisol (116). Além disso, baixos níveis de cortisol são um traço do TEPT que pode permanecer presente

mesmo 50 anos após o evento traumático, com os baixos níveis de cortisol refletindo a presença de uma síndrome em curso e crônica de transtorno de estresse pós-traumático (116). Em um trabalho mais recente, Yehuda examina a variação circadiana do cortisol em sobreviventes do Holocausto com e sem TEPT e um grupo controle de judeus idosos não expostos ao Holocausto e conclui que existem evidências de alterações sutis no eixo HPA nos idosos com TEPT, mas, na medida em que essas alterações são semelhantes às descritas no envelhecimento normal, esses achados corroboram a possibilidade de que, no transtorno de estresse pós-traumático, haja uma aceleração do processo de envelhecimento (182).

Filhos adultos de sobreviventes do Holocausto com transtorno de estresse pós-traumático apresentam uma prevalência maior de TEPT a seus próprios eventos traumáticos quando comparados aos filhos adultos dos sobreviventes do Holocausto sem TEPT (210, 214). Por outro lado, a ativação adrenérgica face a baixos níveis de cortisol poderia facilitar o desenvolvimento de percepções e pensamentos alterados após o evento, em especial aqueles relacionados com a percepção do perigo e com a capacidade de enfrentar as ameaças, perpetuando os sintomas intrusivos de evitação e de excitabilidade (210). Os altos níveis dos hormônios do estresse, que podem ocorrer em alguns indivíduos durante o trauma, poderiam fortalecer as memórias traumáticas registradas nos tempos de forte emoção (169).

Um estudo sobre refugiados da Bósnia na Suécia realizado no Instituto Karolinska em 2002 detectou o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático em mais de um terço da amostra, enquanto a prevalência estimada mais conservadora na população de onde ela provém é de 10% (216). Entre essas pessoas, a aquisição da linguagem no novo país, um pré-requisito básico para a integração, é inibida pela carga de sintomas do TEPT

(216). Além disso, tinham frequentemente dificuldade para encontrar os recursos de saúde, quando necessários, em razão, em parte, das frequentes mudanças de endereço (216). Havia um desenvolvimento muito claramente negativo na saúde auto-relatada e relacionada aos problemas de moradia entre as pessoas que sofriam de transtorno de estresse pós-traumático, que não havia entre o restante dos participantes (216). Por fim, para aqueles que sofriam de TEPT era menos provável que experimentassem alívio após eventos positivos, o que significava, por exemplo, que aqueles que conseguiam a segurança de uma casa para morar necessitavam de um longo período de tempo antes de serem capazes de entender que a ameaça tinha se desvanecido (216).

Por fim, há os achados de Yehuda de níveis mais baixos de cortisol em mães que desenvolveram transtorno de estresse pós-traumático após a exposição aos ataques às torres gêmeas no dia 11 de setembro em comparação às mães expostas da mesma forma e que não desenvolveram TEPT (210). Os bebês que nasceram dessas mães que desenvolveram TEPT também apresentavam níveis mais baixos de cortisol salivar no primeiro ano de vida (210). Os níveis mais baixos de cortisol eram mais nítidos nos bebês que nasceram de mães com TEPT no seu terceiro trimestre de gravidez no dia 11 de setembro, embora a gravidade dos sintomas de TEPT em toda a amostra se correlacionasse com os níveis de cortisol nos bebês, independentemente do trimestre (210).

Tratamento

Há cinco objetivos principais para o tratamento no caso de transtorno de estresse pós-traumático: redução dos sintomas nucleares, melhora da resistência ao estresse, melhora da qualidade de vida, redução da incapacitação e redução da comorbidade (122).

Vamos discutir a seguir as várias formas de tratamento disponíveis.

As psicoterapias são, hoje em dia, reconhecidas como o tratamento de escolha para o transtorno de estresse pós-traumático (217) e, entre elas, é a terapia cognitivo-comportamental a forma de tratamento que até hoje recebeu maior apoio empírico (139, 218-222) e em relação a qual vamos considerar três fatores críticos de sucesso: o envolvimento emocional com a memória traumática, a organização da narrativa traumática e a correção das crenças disfuncionais que são comuns imediatamente após o evento traumático (220). Constatou-se uma alta correlação entre dissociação durante ou imediatamente após o trauma (isto é, ausência de envolvimento emocional) e TEPT subsequente (220). O segundo fator que influencia a recuperação é o grau em que a vítima é capaz de organizar a narrativa do trauma e o terceiro fator que prejudica o processamento do evento traumático é a presença de crenças disfuncionais, que podem ser de dois tipos: (1) a percepção do mundo como extremamente perigoso e (2) a concepção de si mesmo como extremamente incompetente (220).

Existem dois conjuntos de procedimentos cognitivo-comportamentais que têm sido comumente empregados com esse transtorno: os procedimentos de exposição e os procedimentos de manejo da ansiedade (220). Rabois inclui ainda os procedimentos da terapia cognitiva como um terceiro componente a compor o conjunto com maior potencial terapêutico (217). Os procedimentos de exposição envolvem técnicas concebidas para auxiliar o paciente a se confrontar com situações, memórias, imagens ou objetos temidos e incluem a dessensibilização e a inundação sistemáticas (220). O segundo conjunto de tratamentos compreende os procedimentos de manejo da ansiedade, como o treinamento da respiração e do relaxamento, o diálogo positivo consigo mesmo, a reestruturação cognitiva, o treinamento em habilidades sociais, a parada do pensamento e o *role-playing*

(220).

Quanto às terapias comportamentais e às terapias cognitivo-comportamentais para o TEPT, a experiência traumática pensa-se que seja tão intensa a ponto de causar um condicionamento baseado no medo para uma série de estímulos (visões, sons, sensações corporais e odores associados ao trauma). Tais estímulos podem servir de lembranças do trauma, ativando assim a estrutura do medo e dessa forma produzindo a hiperexcitabilidade e as recordações intrusivas do trauma (221).

Outras terapias utilizadas para o tratamento do transtorno de estresse pós-traumático são o treinamento em relaxamento (para a hiperexcitabilidade), a hipnoterapia e a psicoterapia psicodinâmica, que busca desvendar e resolver os conflitos inconscientes subjacentes ao trauma (221).

A principal conclusão da meta-análise de van Etten dos tratamentos do TEPT é de que o tratamento com drogas e as psicoterapias são, em termos gerais, igualmente eficazes para o transtorno de estresse pós-traumático e que ambos são superiores aos controles (221). O tratamento comportamental demonstrou uma eficácia significativamente maior do que o tratamento com drogas e, entre as drogas, a carbamazepina e os inibidores seletivos da recaptação da serotonina se mostraram mais eficazes do que todas as outras drogas (139, 221). Das terapias psicológicas, a terapia comportamental e a terapia de reprocessamento e dessensibilização do movimento ocular foram as mais eficazes (221). Um ponto importante é que era duas vezes mais provável que os pacientes abandonassem o tratamento com drogas que o tratamento psicoterápico (31,9% X 14,0%) (139).

Na meta-análise de Sherman dos tratamentos psicoterápicos do transtorno de

estresse pós-traumático, a terapia principalmente utilizada foi a comportamental ou a cognitivo-comportamental e apenas um estudo usou a terapia psicodinâmica e hipnoterapia (219). Nos estudos revisados, embora houvesse alívio da depressão, do distanciamento e da ansiedade, havia menos redução dos sintomas típicos do TEPT, como a intrusão e a evitação, mesmo que tenha se observado também redução da intrusão, da evitação e da excitabilidade (219). Com exceção de dois (dos 17 estudos examinados), todos os estudos usaram alguma forma de técnica de exposição (219). Todos os tratamentos avaliados compartilham um objetivo comum, que é auxiliar o paciente a desenvolver uma apreciação realista da ameaça experimentada durante o trauma; todos os tratamentos buscam ajudar o paciente a superar a evitação cognitiva e comportamental dos indícios internos e das lembranças externas do trauma; todos os tratamentos também procuram assistir o paciente no processamento da significação da experiência traumática e na conquista de um domínio sobre as lembranças intrusivas (219). Sherman destaca a importância de se fazer uma diferenciação clara entre os traumas naturais e os traumas causados pelo homem, assim como nos traumas físicos e os traumas psicológicos no que diz respeito ao processamento e ao impacto sobre o paciente (219).

A terapia cognitivo-comportamental e a terapia de exposição prolongada parecem ser boas opções na prevenção do desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático em pessoas que sofreram traumas importantes (223). Soares menciona uma meta-análise com taxa de melhora da ordem de 90% ao fim do tratamento e de 85% em seis meses de seguimento para terapia cognitivo-comportamental (223).

A meta-análise de psicoterapia para o transtorno de estresse pós-traumático de Bradley incluiu 26 estudos (222). A eficácia da psicoterapia para o TEPT, em especial, da

terapia cognitiva e mais recentemente do tratamento por dessensibilização por movimento ocular e reprocessamento tem sido comprovada pelos estudos de revisão e pelas meta-análises (222). Não está estabelecido se o movimento dos olhos é necessário ou se apenas serve para distrair o paciente enquanto ele se expõe às memórias traumáticas e se habitua a elas (121). Além da associação entre a gravidade da exposição traumática e a gravidade do transtorno de personalidade, observou-se uma prevalência de 35% de TEPT entre os pacientes com transtorno de personalidade (222). Até os tratamentos psicodinâmicos empregam um modelo de exposição para tratar o trauma, ao sugerir que os pacientes precisam se confrontar com os seus medos e ser capazes de pensar livre e abertamente sobre eles (222). Dos pacientes que completam o tratamento, 67% deixam de preencher os critérios para o diagnóstico de TEPT e daqueles que entram em tratamento, completando-o ou não, a taxa de recuperação é de 56% (222).

A meta-análise de tratamentos psicológicos do transtorno de estresse pós-traumático crônico de Bisson inclui a revisão de 38 ensaios clínicos controlados randomizados (218). A terapia cognitivo-comportamental focada no trauma mostrou um benefício clinicamente importante sobre a lista de espera ou as medidas comuns de cuidados em todas as medidas de sintomas do TEPT (218). É conclusão dessa meta-análise que cada paciente com transtorno de estresse pós-traumático deveria receber a oportunidade de uma terapia cognitivo-comportamental focada no trauma, embora nem todos os casos crônicos possam se beneficiar desse tipo de tratamento (218). As interferências psicológicas centradas no trauma são provavelmente mais eficazes do ponto de vista clínico que as intervenções farmacológicas, as quais deveriam, portanto, ficar como uma opção de segunda linha para o tratamento do transtorno de estresse pós-traumático (218).

Os tratamentos farmacológicos utilizados no transtorno de estresse pós-traumático são os antidepressivos tricíclicos, os agentes com propriedades anticonvulsivantes ou estabilizadoras do humor (carbamazepina), benzodiazepinas, inibidores da monoaminoxidase (IMAOs) e inibidores específicos da recaptação da serotonina (ISRSs) (122, 221). O tratamento com drogas se baseia no pressuposto de que a exposição ao trauma causa aberrações neuroquímicas nos mecanismos que controlam a excitabilidade do processo emocional (221).

Uma revisão de 2002 (224) dos tratamentos farmacológicos do TEPT discute principalmente os antidepressivos tricíclicos, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, os estabilizadores do humor, os antipsicóticos. Embora os estudos não apontem a imipramina ou a amitriptilina como sendo uma melhor do que a outra, apontam sim o grupo dos antidepressivos tricíclicos como podendo ser eficazes no tratamento do transtorno de estresse pós-traumático (224). Albuher lista 8 trabalhos que examinam a eficácia dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (fluoxetina, sertralina, paroxetina e citalopram) no tratamento do transtorno de estresse pós-traumático, comparados a placebo, aos tricíclicos e aos IMAOs, mostrando a sua superioridade (224). O lítio tem sido usado para aumentar a ação de antidepressivos com bons resultados em pacientes com problemas de agressão e de controle dos impulsos (224). Os anticonvulsivantes podem melhorar os sintomas intrusivos e a labilidade emocional, ao mesmo tempo em que reduzem a hipervigilância e a resposta de sobressalto (224). Pacientes com TEPT e com extrema desconfiança, raiva intensa, comportamento auto-destrutivo e *flashbacks* alucinatórios frequentes podem responder ao uso de antipsicóticos típicos (224). Quando existe a comorbidade entre transtorno de estresse pós-traumático e psicose, pode-se também lançar mão da facilidade do uso de antipsicóticos atípicos, como a risperidona (224). Além disso, os agentes adrenérgicos podem ser usados para

modular o tônus noradrenérgico associado aos sintomas de excitação, ansiedade e pânico (224).

Escalas de aferição

O estudo das escalas de aferição é um domínio a parte no campo da psicologia e merece, portanto, uma atenção toda especial. O que pretendemos discutir aqui é tão somente o porquê de havermos selecionado as escalas que escolhemos para aferir as medidas das variáveis de nossos pacientes.

Inicialmente escolhemos o *Screen for Posttraumatic Stress Sympoms* (SPTSS), (86) em função de sua sensibilidade para os sintomas de estresse pós-traumáticos, testada em português por Kristensen, 2005. Em segundo lugar o teste de Horowitz, de 1979, é um clássico em transtorno do estresse pós-traumático (225, 226). Por fim, o teste de Blake, de 1990, por ter escalas de avaliação individualizadas em termos de frequência e intensidade para cada sintoma (227).

No que diz respeito à aferição da depressão e da ansiedade, utilizamos as escalas de Beck (228, 229), escalas já amplamente testadas pela experiência ao longo dos anos.

1.3. Justificativa:

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma “doença tratável e passível de ser prevenida” (230). A DPOC é atualmente a quarta causa de morte no mundo (24) e essa frequência tende a aumentar nas próximas décadas, à medida que a população envelhece.

Uma definição de DPOC diz que “esse é um estado mórbido que se caracteriza por limitação ao fluxo aéreo que não é plenamente reversível. A limitação ao fluxo aéreo costuma ser progressiva e associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões aos gases ou partículas nocivas” (24). Esta noção de uma resposta inflamatória anormal dos pulmões aos gases ou partículas nocivas é um avanço recente e importante no entendimento da patogenia da DPOC, contribuição de um trabalho de Romain Pauwels de 2001 (4).

A DPOC é uma doença que evolui por crises de exacerbação de sintomas: tosse, produção de escarro e dispnéia aos esforços (24). A dispnéia é certamente a maior fonte de sofrimento para o paciente que padece de DPOC. Um estudo mostrou que 64% das exacerbações estavam associadas a um aumento da dispnéia (30). Além disso, existem estudos que mostraram que, além do VEF₁ e do índice de massa corporal, a dispnéia provou ser útil para se prever a sobrevivência (231).

□ Da mesma forma, as repercussões da DPOC na esfera emocional estão sendo cada vez mais estudadas. Uma área que avançou é o reconhecimento do impacto psicossocial da DPOC, em especial os diagnósticos psiquiátricos de depressão e ansiedade (232). A depressão é agravada pela piora da dispnéia (232). Tratar a depressão pode indiretamente diminuir o risco de o paciente ter exacerbações (232). A DPOC afeta mais do que o funcionamento físico; de fato, ela afeta as relações emocionais, sexuais e as atividades profissionais e de lazer (78). Dos pacientes com DPOC, identificou-se ansiedade em 21% a 96% dos casos, e depressão em 27% a 79% dos casos (78). Agle e colaboradores observaram que o desenvolvimento de uma relação de trabalho útil entre o médico e o paciente é a tarefa inicial do tratamento (52). A utilização de psicoterapia semanal através de técnicas cognitivo-comportamentais para o

controle da ansiedade na DPOC resultou em reduções estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade e depressão, bem como melhora estatisticamente significativa na qualidade de vida e na capacidade de realizar exercícios (78).

Outra linha de pesquisa é a investigação da dispnéia através da análise de histórias contadas pelos pacientes, isto é, o estudo de histórias que descrevem a relação entre a dispnéia aguda e o funcionamento físico e emocional dos pacientes à medida que viviam com sua doença pulmonar crônica (233). Os pacientes expressavam uma sensação de incapacidade ou vulnerabilidade, expressa em termos de ansiedade e experimentada durante e em antecipação a episódios de falta de ar crescente ou intratável, o que a autora denomina de ciclo dispnéia-ansiedade-dispnéia (233).

A relação específica, entretanto, entre o transtorno de estresse pós-traumático e a doença pulmonar obstrutiva crônica não foi encontrada na literatura por nós examinada. Pensamos que, no ápice da sufocação da exacerbação por DPOC, o paciente possa vivenciar a falta de ar como uma situação limite, uma vivência de quase-morte e, assim sendo, uma situação traumática. É isso o que pretendemos examinar no presente estudo.

2. Objetivos

Determinar a relação entre a presença de transtorno de estresse pós-traumático e a gravidade de doença pulmonar obstrutiva crônica.

REFERENCIAS

1. Krystal H. Trauma and affects. *Psychoanal Study Child*. 1978;33:81-116.
2. Cote CG, Dordelly LJ, Celli BR. Impact of COPD exacerbations on patient-centered outcomes. *Chest*. 2007 Mar;131(3):696-704.
3. Chapman KR, Mannino DM, Soriano JB, Vermeire PA, Buist AS, Thun MJ, et al. Epidemiology and costs of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2006 Jan;27(1):188-207.
4. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001 Apr;163(5):1256-76.
5. Saetta M, Turato G, Maestrelli P, Mapp CE, Fabbri LM. Cellular and structural bases of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001 May;163(6):1304-9.
6. Hogg JC, Chu F, Utokaparch S, Woods R, Elliott WM, Buzatu L, et al. The nature of small-airway obstruction in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2004 Jun 24;350(26):2645-53.
7. Barnes PJ, Shapiro SD, Pauwels RA. Chronic obstructive pulmonary disease: molecular and cellular mechanisms. *Eur Respir J*. 2003 Oct;22(4):672-88.
8. Thurlbeck W. Chronic Airflow Obstruction. In: THURLBECK WMC, editor. *Pathology of the Lung*. New York: Thieme Medic. Publish; 1995.
9. Heim E, Blaser A, Waidelich E. Dyspnea: psychophysiologic relationships. *Psychosom Med*. 1972 Sep-Oct;34(5):405-23.
10. Eiser N, West C, Evans S, Jeffers A, Quirk F. Effects of psychotherapy in moderately severe COPD: a pilot study. *Eur Respir J*. 1997 Jul;10(7):1581-4.
11. Mannino DM. COPD: epidemiology, prevalence, morbidity and mortality, and disease heterogeneity. *Chest*. 2002 May;121(5 Suppl):121S-6S.
12. Vermeire PA, Pride NB. A "splitting" look at chronic nonspecific lung disease (CNSLD): common features but diverse pathogenesis. *Eur Respir J*. 1991 Apr;4(4):490-6.
13. Sciurba FC. Physiologic similarities and differences between COPD and asthma. *Chest*. 2004 Aug;126(2 Suppl):117S-24S; discussion 59S-61S.
14. Meyer PA, Mannino DM, Redd SC, Olson DR. Characteristics of adults dying with COPD. *Chest*. 2002 Dec;122(6):2003-8.
15. Senior RM, Anthonisen NR. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Am J Respir Crit Care Med*. 1998 Apr;157(4 Pt 2):S139-47.
16. Anto JM, Vermeire P, Vestbo J, Sunyer J. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2001 May;17(5):982-94.
17. Lopez AD, Shibuya K, Rao C, Mathers CD, Hansell AL, Held LS, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. *Eur Respir J*. 2006 Feb;27(2):397-412.
18. Shapiro SD. Evolving concepts in the pathogenesis of chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Chest Med*. 2000 Dec;21(4):621-32.
19. Hurd SS, Lenfant C. COPD: good lung health is the key. *Lancet*. 2005 Nov 26;366(9500):1832-4.
20. Marco R, Accordini S, Cerveri I. An International Survey of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Young Adults According to GOLD Stages. *Thorax*. 2004;59:120-25.
21. Menezes AM, Perez-Padilla R, Jardim JR, Muino A, Lopez MV, Valdivia G, et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet*. 2005 Nov 26;366(9500):1875-81.
22. GOLD. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. GLOBAL INITIATIVE FOR OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE; 2006.
23. Wouters EF. Chronic obstructive pulmonary disease. 5: systemic effects of COPD. *Thorax*.

2002 Dec;57(12):1067-70.

24. Gold SD, Marx BP, Soler-Baillo JM, Sloan DM. Is life stress more traumatic than traumatic stress? *J Anxiety Disord.* 2005;19(6):687-98.
25. Rufino R, Lapa e Silva JR. Cellular and biochemical bases of chronic obstructive pulmonary disease. *J Bras Pneumol.* 2006 May-Jun;32(3):241-8.
26. Hogg JC. Pathophysiology of airflow limitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet.* 2004 Aug 21-27;364(9435):709-21.
27. Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *Br Med J.* 1977 Jun 25;1(6077):1645-8.
28. Anzueto A, Sethi S, Martinez FJ. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc.* 2007 Oct 1;4(7):554-64.
29. Celli BR, Barnes PJ. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J.* 2007 Jun;29(6):1224-38.
30. Pauwels R, Calverley P, Buist AS, Rennard S, Fukuchi Y, Stahl E, et al. COPD exacerbations: the importance of a standard definition. *Respir Med.* 2004 Feb;98(2):99-107.
31. Spencer S, Jones PW. Time course of recovery of health status following an infective exacerbation of chronic bronchitis. *Thorax.* 2003 Jul;58(7):589-93.
32. ATS/ERS. Statement on Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med.* 2006;173:1390-4131390-413.
33. Anthonisen NR. Bacteria and exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med.* 2002 Aug 15;347(7):526-7.
34. Hirschmann JV. Do bacteria cause exacerbations of COPD? *Chest.* 2000 Jul;118(1):193-203.
35. White AJ, Gompertz S, Stockley RA. Chronic obstructive pulmonary disease . 6: The aetiology of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax.* 2003 Jan;58(1):73-80.
36. Vestbo J, Prescott E, Lange P. Association of chronic mucus hypersecretion with FEV1 decline and chronic obstructive pulmonary disease morbidity. Copenhagen City Heart Study Group. *Am J Respir Crit Care Med.* 1996 May;153(5):1530-5.
37. Seemungal TA, Donaldson GC, Paul EA, Bestall JC, Jeffries DJ, Wedzicha JA. Effect of exacerbation on quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 1998 May;157(5 Pt 1):1418-22.
38. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM. The St George's Respiratory Questionnaire. *Respir Med.* 1991 Sep;85 Suppl B:25-31; discussion 3-7.
39. Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM, Littlejohns P. A self-complete measure of health status for chronic airflow limitation. The St. George's Respiratory Questionnaire. *Am Rev Respir Dis.* 1992 Jun;145(6):1321-7.
40. Lebowitz MD, Morse JO, Knudson RJ, Barbee R, Burrows B. Respiratory disorders in Tucson: preliminary observations. *Ariz Med.* 1975 Apr;32(4):329-31.
41. Dewan NA, Rafique S, Kanwar B, Satpathy H, Ryschon K, Tillotson GS, et al. Acute exacerbation of COPD: factors associated with poor treatment outcome. *Chest.* 2000 Mar;117(3):662-71.
42. ACCP/AACVPR. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines: Pulmonary Rehabilitation. *Chest.* 2007;131:4S-42S.
43. Anthonisen NR, Manfreda J, Warren CP, Hershfield ES, Harding GK, Nelson NA. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med.* 1987 Feb;106(2):196-204.
44. Troosters T, Casaburi R, Gosselink R, Decramer M. Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005 Jul 1;172(1):19-38.
45. Kent DC, Smith JK. Psychological implications of pulmonary disease. *Clin Notes Respir Dis.* 1977 Winter;16(3):3-11.
46. Cully JA, Graham DP, Stanley MA, Ferguson CJ, Sharafkhaneh A, Souchek J, et al. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and comorbid anxiety or depression.

Psychosomatics. 2006 Jul-Aug;47(4):312-9.

47. Emery CF, Leatherman NE, Burker EJ, MacIntyre NR. Psychological outcomes of a pulmonary rehabilitation program. *Chest*. 1991 Sep;100(3):613-7.

48. Kunik ME, Roundy K, Veazey C, Soucek J, Richardson P, Wray NP, et al. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders. *Chest*. 2005 Apr;127(4):1205-11.

49. Gift AG, Cahill CA. Psychophysiologic aspects of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study. *Heart Lung*. 1990 May;19(3):252-7.

50. Dudley DL, Glaser EM, Jorgenson BN, Logan DL. Psychosocial concomitants to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Part I. Psychosocial and psychological considerations. *Chest*. 1980 Mar;77(3):413-20.

51. Heckler M, Weingartner R, Moreira J. Prevalência de Depressão Maior em Pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. *J Pneumol*. 1997;23(5):231-6.

52. Agle DP, Baum GL. Psychological aspects of chronic obstructive pulmonary disease. *Med Clin North Am*. 1977 Jul;61(4):749-58.

53. Moore MC, Zebb BJ. The catastrophic misinterpretation of physiological distress. *Behav Res Ther*. 1999 Nov;37(11):1105-18.

54. Sutton K, Cooper M, Pimm J, Wallace L. Anxiety in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: The Role of Illness Specific Catastrophic Thoughts. *Cognitive Therapy Research*. 1999;23(6):573-85.

55. Janssens JP, Rochat T, Frey JG, Dousse N, Pichard C, Tschopp JM. Health-related quality of life in patients under long-term oxygen therapy: a home-based descriptive study. *Respir Med*. 1997 Nov;91(10):592-602.

56. Kim HF, Kunik ME, Molinari VA, Hillman SL, Lalani S, Orengo CA, et al. Functional impairment in COPD patients: the impact of anxiety and depression. *Psychosomatics*. 2000 Nov-Dec;41(6):465-71.

57. Emery CF, Green MR, Suh S. Neuropsychiatric function in chronic lung disease: the role of pulmonary rehabilitation. *Respir Care*. 2008 Sep;53(9):1208-16.

58. Guell R, Resqueti V, Sengenis M, Morante F, Martorell B, Casan P, et al. Impact of pulmonary rehabilitation on psychosocial morbidity in patients with severe COPD. *Chest*. 2006 Apr;129(4):899-904.

59. Yohannes A, Baldwin R, Connolly M. Mood disorders in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Review Clin Gerontology*. 2000;10:193-202.

60. Brenes GA. Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact, and treatment. *Psychosom Med*. 2003 Nov-Dec;65(6):963-70.

61. Cleland JA, Lee AJ, Hall S. Associations of depression and anxiety with gender, age, health-related quality of life and symptoms in primary care COPD patients. *Fam Pract*. 2007 Jun;24(3):217-23.

62. Gudmundsson G, Gislason T, Janson C, Lindberg E, Hallin R, Ulrik CS, et al. Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression. *Eur Respir J*. 2005 Sep;26(3):414-9.

63. Carvalho NS, Ribeiro PR, Ribeiro M, Nunes Mdo P, Cukier A, Stelmach R. Comparing asthma and chronic obstructive pulmonary disease in terms of symptoms of anxiety and depression. *J Bras Pneumol*. 2007 Feb;33(1):1-6.

64. Rose C, Wallace L, Dickson R, Ayres J, Lehman R, Searle Y, et al. The most effective psychologically-based treatments to reduce anxiety and panic in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2002 Aug;47(4):311-8.

65. Hynninen KM, Breivte MH, Wiborg AB, Pallesen S, Nordhus IH. Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a review. *J Psychosom Res*. 2005 Dec;59(6):429-43.

66. Levenson JL. Depression in the Medically Ill. *Primary Psychiatry*. 2005;12:22-4.

67. Yeh ML, Chen HH, Liao YC, Liao WY. Testing the functional status model in patients with

- chronic obstructive pulmonary disease. *J Adv Nurs*. 2004 Nov;48(4):342-50.
68. Coventry PA, Gellatly JL. Improving outcomes for COPD patients with mild-to-moderate anxiety and depression: a systematic review of cognitive behavioural therapy. *Br J Health Psychol*. 2008 Sep;13(Pt 3):381-400.
69. Wamboldt FS. Anxiety and depression in COPD: a call (and need) for further research. *COPD*. 2005 Jun;2(2):199-201.
70. Norwood R, Balkissoon R. Current perspectives on management of co-morbid depression in COPD. *COPD*. 2005 Mar;2(1):185-93.
71. van Ede L, Yzermans CJ, Brouwer HJ. Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Thorax*. 1999 Aug;54(8):688-92.
72. Ng TP, Niti M, Tan WC, Cao Z, Ong KC, Eng P. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Arch Intern Med*. 2007 Jan 8;167(1):60-7.
73. Yohannes AM, Roomi J, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression in elderly outpatients with disabling chronic obstructive pulmonary disease. *Age Ageing*. 1998 Mar;27(2):155-60.
74. Moussas G, Tselebis A, Karkanias A, Stamouli D, Ilias I, Bratis D, et al. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. *Ann Gen Psychiatry*. 2008;7:7.
75. Emery CF, Schein RL, Hauck ER, MacIntyre NR. Psychological and cognitive outcomes of a randomized trial of exercise among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychol*. 1998 May;17(3):232-40.
76. van Manen JG, Bindels PJ, Dekker FW, CJ IJ, van der Zee JS, Schade E. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*. 2002 May;57(5):412-6.
77. Dowson CA, Town GI, Frampton C, Mulder RT. Psychopathology and illness beliefs influence COPD self-management. *J Psychosom Res*. 2004 Mar;56(3):333-40.
78. Godoy D, Godoy R. A Randomized Controlled Trial of the Effect of Psychotherapy on Anxiety and Depression in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003;84:1154-7.
79. Johnson JL, Campbell AC, Bowers M, Nichol AM. Understanding the social consequences of chronic obstructive pulmonary disease: the effects of stigma and gender. *Proc Am Thorac Soc*. 2007 Dec;4(8):680-2.
80. Hodgkin JE, Balchum OJ, Kass I, Glaser EM, Miller WF, Haas A, et al. Chronic obstructive airway diseases. Current concepts in diagnosis and comprehensive care. *JAMA*. 1975 Jun 23;232(12):1243-60.
81. Stapleton RD, Nielsen EL, Engelberg RA, Patrick DL, Curtis JR. Association of depression and life-sustaining treatment preferences in patients with COPD. *Chest*. 2005 Jan;127(1):328-34.
82. Lacasse Y, Rousseau L, Maltais F. Prevalence of depressive symptoms and depression in patients with severe oxygen-dependent chronic obstructive pulmonary disease. *J Cardiopulm Rehabil*. 2001 Mar-Apr;21(2):80-6.
83. Shackell BS, Jones RC, Harding G, Pearse S, Campbell J. 'Am I going to see the next morning?' A qualitative study of patients' perspectives of sleep in COPD. *Prim Care Respir J*. 2007 Dec;16(6):378-83.
84. Bailey PH. Death stories: acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Qual Health Res*. 2001 May;11(3):322-38.
85. Bailey PH, Tilley S. Storytelling and the interpretation of meaning in qualitative research. *J Adv Nurs*. 2002 Jun;38(6):574-83.
86. Eve Carlson 2001 apud KRISTENSEN C. Estresse pós-traumático: Sintomatologia e Funcionamento Cognitivo. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
87. van der Kolk BA, Herron N, Hostenetler A. The history of trauma in psychiatry. *Psychiatr Clin North Am*. 1994 Sep;17(3):583-600.
88. van der Kolk BA, van der Hart O. Pierre Janet and the breakdown of adaptation in

- psychological trauma. *Am J Psychiatry*. 1989 Dec;146(12):1530-40.
89. . Rio de Janeiro: Imago; 1975. *Dicionário Crítico de Psicanálise*.
 90. Schestatsky S, Shansis F, Ceitlin LH, Abreu PB, Hauck S. [Historical evolution of the concept of posttraumatic stress disorder]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003 Jun;25 Suppl 1:8-11.
 91. Freud S. *Estudos Sobre a Histeria*. Rio de Janeiro: Imago; 1895.
 92. Nemiah JC. Janet redivivus: the centenary of L'automatisme psychologique. *Am J Psychiatry*. 1989 Dec;146(12):1527-9.
 93. Freud S. Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1917.
 94. Freud S. Introdução à Psicanálise e as Neuroses de Guerra-Memorandum sobre o Tratamento Elétrico dos Neuróticos de Guerra. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1919.
 95. Brett EA, Ostroff R. Imagery and posttraumatic stress disorder: an overview. *Am J Psychiatry*. 1985 Apr;142(4):417-24.
 96. Freud S. Além do Princípio do Prazer. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1920.
 97. Kardiner A. Traumatic Neuroses of War. In: Books B, editor. *American Handbook of Psychiatry*. New York; 1959. p. 245-57.
 98. Eitinger L. Pathology of the concentration camp syndrome. Preliminary report. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Oct;5:371-9.
 99. Eitinger L. Organic and psychosomatic aftereffects of concentration camp imprisonment. *Int Psychiatry Clin*. 1971;8(1):205-15.
 100. Eitinger L. Concentration camp survivors in the postwar world. *Am J Orthopsychiatry*. 1962 Apr;32:367-75.
 101. Kuch K, Cox BJ. Symptoms of PTSD in 124 survivors of the Holocaust. *Am J Psychiatry*. 1992 Mar;149(3):337-40.
 102. Rappaport EA. Beyond traumatic neurosis. *Int J Psychoanal*. 1968;49(4):719-31.
 103. Keane TM, Marshall AD, Taft CT. Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annu Rev Clin Psychol*. 2006;2:161-97.
 104. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape trauma syndrome. *Am J Psychiatry*. 1974 Sep;131(9):981-6.
 105. Horowitz MJ, Wilner N, Kaltreider N, Alvarez W. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1980 Jan;37(1):85-92.
 106. Kapczinski F, Margis R. [Posttraumatic stress disorder: diagnostic criteria]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003 Jun;25 Suppl 1:3-7.
 107. Breslau N, Kessler RC. The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biol Psychiatry*. 2001 Nov 1;50(9):699-704.
 108. Lifton RJ, Olson E. The human meaning of total disaster. The Buffalo Creek experience. *Psychiatry*. 1976 Feb;39(1):1-18.
 109. Titchener JL, Kapp FT. Disaster at Buffalo Creek. Family and character change at Buffalo Creek. *Am J Psychiatry*. 1976 Mar;133(3):295-9.
 110. Erikson KT. Disaster at Buffalo Creek. Loss of communality at Buffalo Creek. *Am J Psychiatry*. 1976 Mar;133(3):302-5.
 111. Parkes CM. The first year of bereavement. A longitudinal study of the reaction of London widows to the death of their husbands. *Psychiatry*. 1970 Nov;33(4):444-67.
 112. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. 1944. *Am J Psychiatry*. 1994 Jun;151(6 Suppl):155-60.
 113. McNally RJ. Can we solve the mysteries of the National Vietnam Veterans Readjustment Study? *J Anxiety Disord*. 2007;21(2):192-200.
 114. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *N Engl J Med*. 1987 Dec 24;317(26):1630-4.
 115. Davidson JR, Foa EB. Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for

the DSM-IV. *J Abnorm Psychol.* 1991 Aug;100(3):346-55.

116. Yehuda R, McFarlane AC. Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *Am J Psychiatry.* 1995 Dec;152(12):1705-13.

117. McNally RJ. Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annu Rev Psychol.* 2003;54:229-52.

118. McHugh PR, Treisman G. PTSD: a problematic diagnostic category. *J Anxiety Disord.* 2007;21(2):211-22.

119. GRASTYÁN E. Emotion. *The New Encyclopædia Britannica.* Chicago: Helen Hemingway Benton; 1979. p. 757-66.

120. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).* Washington: American Psychiatric Association.; 1994.

121. Shalev AY. What is posttraumatic stress disorder? *J Clin Psychiatry.* 2001;62 Suppl 17:4-10.

122. Davidson JR, Stein DJ, Shalev AY, Yehuda R. Posttraumatic stress disorder: acquisition, recognition, course, and treatment. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2004 Spring;16(2):135-47.

123. Yehuda R, Flory JD. Differentiating biological correlates of risk, PTSD, and resilience following trauma exposure. *J Trauma Stress.* 2007 Aug;20(4):435-47.

124. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry.* 2000;61 Suppl 5:4-12; discussion 3-4.

125. Lee KA, Vaillant GE, Torrey WC, Elder GH. A 50-year prospective study of the psychological sequelae of World War II combat. *Am J Psychiatry.* 1995 Apr;152(4):516-22.

126. Nemiah JC. A few intrusive thoughts on posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry.* 1995 Apr;152(4):501-3.

127. Rabkin JG, Struening EL. Live events, stress, and illness. *Science.* 1976 Dec 3;194(4269):1013-20.

128. Yehuda, R. Psychoendocrinology of Post-traumatic Stress Disorder. *Psych Clin N Am.* 1998;21(2):359-79.

129. Brewin C. Memory and Posttraumatic Stress Disorder. 2003 [updated 2003; cited]; 9-15]. Available from.

130. McNally RJ. Debunking myths about trauma and memory. *Can J Psychiatry.* 2005 Nov;50(13):817-22.

131. Hales R, Yudofsky S. *Tratado de Psiquiatria Clínica.* 4 ed.; 2006.

132. Sadock B, Sadock V. *Comprehensive Textbook of Psychiatry.* 5 ed. Sadock's K, editor.; 2005.

133. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1995 Dec;52(12):1048-60.

134. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry.* 1991 Mar;48(3):216-22.

135. Keane EM, Boyko EJ, Reller LB, Hamman RF. Prevalence of asymptomatic bacteriuria in subjects with NIDDM in San Luis Valley of Colorado. *Diabetes Care.* 1988 Oct;11(9):708-12.

136. Yehuda R, Davidson J. *Clinician's Manual on Posttraumatic Stress Disorder.* London: Science Press; 2000.

137. Kuehn BM. Scientists probe PTSD effects, treatments. *JAMA.* 2008 Jan 2;299(1):23-6.

138. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry.* 1998 Jul;55(7):626-32.

139. Foa EB. Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry.* 2000;61 Suppl 5:43-8; discussion 9-51.

140. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Jun;62(6):593-602.

141. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch*

Gen Psychiatry. 2005 Jun;62(6):617-27.

142. Breslau N, Reboussin B, Anthony J, Storr C. The Structure of Posttraumatic Stress Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:1343-51.

143. DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4 ed. Ass AP, editor. Porto Alegre: Artmed; 2000.

144. Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychol Rev*. 1996 Oct;103(4):670-86.

145. McFarlane AC. Posttraumatic stress disorder: a model of the longitudinal course and the role of risk factors. *J Clin Psychiatry*. 2000;61 Suppl 5:15-20; discussion 1-3.

146. van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry*. 1996 Jul;153(7 Suppl):83-93.

147. March J. The Nosology of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 1990;4:61-82.

148. Margis R. [Comorbidities in posttraumatic stress disorder: rule or exception?]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003 Jun;25 Suppl 1:17-20.

149. Rosen GM, Taylor S. Pseudo-PTSD. *J Anxiety Disord*. 2007;21(2):201-10.

150. Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ*. 2001 Jan 13;322(7278):95-8.

151. Bodkin JA, Pope HG, Detke MJ, Hudson JI. Is PTSD caused by traumatic stress? *J Anxiety Disord*. 2007;21(2):176-82.

152. Cordova MJ, Studts JL, Hann DM, Jacobsen PB, Andrykowski MA. Symptom structure of PTSD following breast cancer. *J Trauma Stress*. 2000 Apr;13(2):301-19.

153. Avina C, O'Donohue W. Sexual harassment and PTSD: is sexual harassment diagnosable trauma? *J Trauma Stress*. 2002 Feb;15(1):69-75.

154. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer. A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev*. 2002 May;22(4):499-524.

155. Kelly B, Raphael B, Judd F, Perdices M, Kernutt G, Burnett P, et al. Posttraumatic stress disorder in response to HIV infection. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998 Nov;20(6):345-52.

156. Olde E, van der Hart O, Kleber R, van Son M. Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clin Psychol Rev*. 2006 Jan;26(1):1-16.

157. Bryant RA, Marosszeky JE, Crooks J, Gurka JA. Posttraumatic stress disorder after severe traumatic brain injury. *Am J Psychiatry*. 2000 Apr;157(4):629-31.

158. McNally RJ. Troubles in traumatology. *Can J Psychiatry*. 2005 Nov;50(13):815-6.

159. Mol SS, Arntz A, Metzmakers JF, Dinant GJ, Vilters-van Montfort PA, Knottnerus JA. Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: evidence from an open population study. *Br J Psychiatry*. 2005 Jun;186:494-9.

160. Wessely S, Rosen E. Posttraumatic Stress Disorder: Issues and Controversies. *BMJcom*. 2008.

161. Horowitz MJ, Weiss DS, Marmar C. Diagnosis of posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1987 May;175(5):267-8.

162. Shemesh E, Koren-Michowitz M, Yehuda R, Milo-Cotter O, Murdock E, Vered Z, et al. Symptoms of posttraumatic stress disorder in patients who have had a myocardial infarction. *Psychosomatics*. 2006 May-Jun;47(3):231-9.

163. Spitzer RL, First MB, Wakefield JC. Saving PTSD from itself in DSM-V. *J Anxiety Disord*. 2007;21(2):233-41.

164. Ursano RJ. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med*. 2002 Jan 10;346(2):130-2.

165. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med*. 2002 Jan 10;346(2):108-14.

166. Overmier T. Homeostasis. *The New Encyclopædia Britannica*. Chicago: Helen Hemingway Benton; 1979. p. 1014-7.

167. Chrousos GP, Gold PW. The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis. *JAMA*. 1992 Mar 4;267(9):1244-52.

168. Yehuda R. Recent Advances in the Study of Biological Alterations in Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). *Psych Clin N Am*. 2002c25:xi-v.
169. Yehuda R, Bryant R, Marmar C, Zohar J. Pathological responses to terrorism. *Neuropsychopharmacology*. 2005 Oct;30(10):1793-805.
170. Kolb LC. A neuropsychological hypothesis explaining posttraumatic stress disorders. *Am J Psychiatry*. 1987 Aug;144(8):989-95.
171. Yehuda R. Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Can J Psychiatry*. 1999 Feb;44(1):34-9.
172. Sullivan GM, Gorman JM. Finding a home for post-traumatic stress disorder in biological psychiatry. Is it a disorder of anxiety, mood, stress, or memory? *Psychiatr Clin North Am*. 2002 Jun;25(2):463-8, ix.
173. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. 2000 Apr;38(4):319-45.
174. Figueira I, Mendlowicz M. [Diagnosis of the posttraumatic stress disorder]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003 Jun;25 Suppl 1:12-6.
175. Foa EB, **Steketee G**, **Rothbaum B**. Behavioral / Cognitive Conceptualizations of Post-traumatic Stress Disorder. *Behavior Therapy*. 1989;20:155-76.
176. van der Kolk BA. The psychobiology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 1997;58 Suppl 9:16-24.
177. McFarlane AC. The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *Br J Psychiatry*. 1989 Feb;154:221-8.
178. Yehuda R. Advances in Understanding Neuroendocrine Alterations in PTSD and Their Therapeutic Implications. *Ann N Y Acad Sci*. 2006;1071:137-66.
179. McFarlane AC. Avoidance and intrusion in posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis*. 1992 Jul;180(7):439-45.
180. Foa EB, Riggs DS, Gershuny BS. Arousal, numbing, and intrusion: symptom structure of PTSD following assault. *Am J Psychiatry*. 1995 Jan;152(1):116-20.
181. Kolb L. The Psychobiology of PTSD: Perspectives and Reflections on the Past, Present and Future. *Journal of Traumatic Stress*. 1993;6(3):293-304.
182. Yehuda R, Kahana B, Schmeidler J, Southwick SM, Wilson S, Giller EL. Impact of cumulative lifetime trauma and recent stress on current posttraumatic stress disorder symptoms in holocaust survivors. *Am J Psychiatry*. 1995 Dec;152(12):1815-8.
183. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2003 Jan;129(1):52-73.
184. Ursano R, Fullerton C, Epstein R. Peritraumatic Dissociation and Posttraumatic Stress Disorder Following Motor Vehicle Accidents. *Accidents Am J Psychiatry*. 1999;156(11):1808-10.
185. True WR, Rice J, Eisen SA, Heath AC, Goldberg J, Lyons MJ, et al. A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Apr;50(4):257-64.
186. Stein MB, Jang KL, Taylor S, Vernon PA, Livesley WJ. Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a twin study. *Am J Psychiatry*. 2002 Oct;159(10):1675-81.
187. Broekman BF, Olf M, Boer F. The genetic background to PTSD. *Neurosci Biobehav Rev*. 2007;31(3):348-62.
188. Yehuda R, Bierer LM. Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk. *Prog Brain Res*. 2008;167:121-35.
189. Yehuda R, Schmeidler J, Giller EL, Jr., Siever LJ, Binder-Brynes K. Relationship between posttraumatic stress disorder characteristics of Holocaust survivors and their adult offspring. *Am J Psychiatry*. 1998 Jun;155(6):841-3.
190. Yehuda R. Post-Traumatic Stress Disorder. *N Engl J Med*. 2002;346(2):108-14.
191. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000 Oct;68(5):748-66.

192. Yehuda R, Kahana B, Binder-Brynes K, Southwick SM, Mason JW, Giller EL. Low urinary cortisol excretion in Holocaust survivors with posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1995 Jul;152(7):982-6.
193. Ursano R, Fullerton C, Epstein R. Acute and Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Motor Vehicle Accident Victims. *Am J Psychiatry*. 1999;156(4):589-95.
194. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *J Pers Soc Psychol*. 1991 Jul;61(1):115-21.
195. Yehuda R, Teicher MH, Trestman RL, Levengood RA, Siever LJ. Cortisol regulation in posttraumatic stress disorder and major depression: a chronobiological analysis. *Biol Psychiatry*. 1996 Jul 15;40(2):79-88.
196. Yehuda R. Current status of cortisol findings in post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2002 Jun;25(2):341-68, vii.
197. Yehuda R, Giller EL, Southwick SM, Lowy MT, Mason JW. Hypothalamic-pituitary-adrenal dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 1991 Nov 15;30(10):1031-48.
198. Yehuda R, Bell A, Bierer LM, Schmeidler J. Maternal, not paternal, PTSD is related to increased risk for PTSD in offspring of Holocaust survivors. *J Psychiatr Res*. 2008 Oct;42(13):1104-11.
199. Southwick SM, Krystal JH, Bremner JD, Morgan CA, 3rd, Nicolaou AL, Nagy LM, et al. Noradrenergic and serotonergic function in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Aug;54(8):749-58.
200. Yehuda R. Biology of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 17:41-6.
201. Wolsfohn J. The Predisposing Factors of War Psycho-Neuroses. *Lancet*. 1918;1:117-80.
202. Orr SP, Metzger LJ, Pitman RK. Psychophysiology of post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2002 Jun;25(2):271-93.
203. Golier J, Yehuda R. Neuropsychological processes in post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2002 Jun;25(2):295-315, vi.
204. RIVERS W. An Address on The Repression of War Experience. *The Lancet*. 1918;1(2):173-7.
205. van der Kolk BA. The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatr Clin North Am*. 1989 Jun;12(2):389-411.
206. Emery PE, Emery OB. The defense process in posttraumatic stress disorders. *Am J Psychother*. 1985 Oct;39(4):541-52.
207. Birnes P, Warner BA, Callahan S, Sztulman H, Charlet JP, Schmitt L. Defense styles and posttraumatic stress symptoms. *J Nerv Ment Dis*. 2000 May;188(5):306-8.
208. Ford JD, Fisher P, Larson L. Object relations as a predictor of treatment outcome with chronic posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol*. 1997 Aug;65(4):547-59.
209. Richardson JD, Long ME, Pedlar D, Elhai JD. Posttraumatic stress disorder and health-related quality of life among a sample of treatment- and pension-seeking deployed Canadian Forces peacekeeping veterans. *Can J Psychiatry*. 2008 Sep;53(9):594-600.
210. Yehuda R, Engel SM, Brand SR, Seckl J, Marcus SM, Berkowitz GS. Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005 Jul;90(7):4115-8.
211. Horowitz MJ, Becker SS, Moskowitz M, Rashid K. Intrusive thinking in psychiatric patients after stress. *Psychol Rep*. 1972 Aug;31(1):235-8.
212. Galea S, Ahern J, Resnick H, Kilpatrick D, Bucuvalas M, Gold J, et al. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *N Engl J Med*. 2002 Mar 28;346(13):982-7.
213. Schlenger WE, Caddell JM, Ebert L, Jordan BK, Rourke KM, Wilson D, et al. Psychological reactions to terrorist attacks: findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *JAMA*. 2002 Aug 7;288(5):581-8.

214. Yehuda R, Hyman SE. The impact of terrorism on brain, and behavior: what we know and what we need to know. *Neuropsychopharmacology*. 2005 Oct;30(10):1773-80.
215. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med*. 2004 Jul 1;351(1):13-22.
216. SØNDERGAARD H. Post-Traumatic Stress Disorder and Life Events Among Recently Resettled Refugees. Stockholm; 2002.
217. Rabois D, Batten SV, Keane TM. Implications of biological findings for psychological treatments of post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2002 Jun;25(2):443-62, viii.
218. Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S. Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2007 Feb;190:97-104.
219. Sherman JJ. Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Trauma Stress*. 1998 Jul;11(3):413-35.
220. Hembree EA, Foa EB. Posttraumatic stress disorder: psychological factors and psychosocial interventions. *J Clin Psychiatry*. 2000;61 Suppl 7:33-9.
221. van ETTEN M, Taylor S. Comparative Efficacy of Treatments for Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1998;5:126-44.
222. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*. 2005 Feb;162(2):214-27.
223. Soares BG, de Lima MS. [Posttraumatic stress disorder: an evidence-based approach]. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003 Jun;25 Suppl 1:62-6.
224. Albuher RC, Liberzon I. Psychopharmacological treatment in PTSD: a critical review. *J Psychiatr Res*. 2002 Nov-Dec;36(6):355-67.
225. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med*. 1979 May;41(3):209-18.
226. Sundin EC, Horowitz MJ. Impact of Event Scale: psychometric properties. *Br J Psychiatry*. 2002 Mar;180:205-9.
227. Blake D, Weathers F, Nagy L. A Clinician Rating Scale for Assessing Current and Lifetime PTSD: The CAPD-1. *Behavior Therapist*. 1990;13:187-8.
228. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988 Dec;56(6):893-7.
229. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Jun;4:561-71.
230. Mannino DM, Watt G, Hole D, Gillis C, Hart C, McConnachie A, et al. The natural history of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2006 Mar;27(3):627-43.
231. Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2004 Mar 4;350(10):1005-12.
232. Norwood R. Prevalence and impact of depression in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Curr Opin Pulm Med*. 2006 Mar;12(2):113-7.
233. Bailey PH. The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle--COPD patients' stories of breathlessness: "It's scary /when you can't breathe". *Qual Health Res*. 2004 Jul;14(6):760-78.

ARTIGO

Avaliação da Vivência de Quase-Morte em Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica através do Teste de Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Porto LS *, Prado Lima PAS**, Kristensen CH#, Teixeira PZ##, Menna Barreto SS+

* Médica psiquiatra, mestranda da UFRGS

** Médico psiquiatra, co-orientador do presente mestrado

Psicólogo, Professor Adjunto da PUC-RS

Médico pneumologista, Professor Adjunto da UFCSPA

+ Médico pneumologista, Professor Titular da UFRGS, orientador do presente mestrado

RESUMO:

O presente estudo se propõe a examinar a relação entre o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), através da avaliação da vivência de quase-morte. Avalia 38 pacientes com DPOC e encontra uma correlação inversa e significativa entre a DPOC, aferida através do volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF₁), e o TEPT, medido através do *Screen for Posttraumatic Stress Symptoms*, resultando que, quanto maior a limitação respiratória dos pacientes, maior a pontuação no teste que avalia estresse pós-traumático. O grau de sintomas de estresse pós-traumático aumenta à medida que a capacidade respiratória do paciente piora. Além disso, também avaliamos a relação entre ansiedade e DPOC, empregando o inventário de Beck para ansiedade, bem como a relação entre depressão e DPOC, empregando o inventário de Beck para depressão, confirmando dados da literatura.

ABSTRACT:

This study aims at studying the relation between posttraumatic stress disorder (PTSD) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) assessing the near-death experience. It assesses 38 COPD patients and determines the existence of an inverse and significant correlation between COPD measured by forced expiratory volume at the first second (FEV₁) and PTSD measured by the Screen for Posttraumatic Stress Symptoms, and finds that: a greater patient respiratory restriction corresponds to a higher score in the PTSD test. The severity of PTSD symptoms increases as the patient's respiratory capacity worsens. The relation between anxiety and COPD is also assessed by the Beck anxiety inventory, as well as the relation between depressions and COPD by the Beck depression inventory, thus confirming literature data.

1. INTRODUÇÃO:

A busca da relação entre transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é o objeto do presente trabalho. Na exacerbação da DPOC grave a crise de dispnéia é muitas vezes descrita pelos pacientes como uma experiência de sufocação e pode ser pensada como uma vivência de quase-morte. Não encontramos na literatura nenhum trabalho que examine a ansiedade da vivência de quase-morte na DPOC através da perspectiva do transtorno do estresse pós-traumático. Assim, pretendemos estudar estes episódios nas exacerbações de DPOC grave como eventos de estresse geradores de trauma que possam ser medidos através do *Screen for Posttraumatic Stress Symptoms* (1).

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC):

No ano 2020, a doença pulmonar obstrutiva crônica deverá ser a causa número um de incapacidade relacionada ao aparelho respiratório e a terceira causa de morte no mundo.

Em 2001, R. Pauwels define a DPOC como uma doença inflamatória. Verifica-se que a inflamação diz respeito a todo o pulmão: vias aéreas principais, pequenas vias aéreas e o parênquima pulmonar, além das artérias pulmonares. Em 2004, Hogg demonstrou que a gravidade da DPOC se correlaciona com a intensidade do processo inflamatório, (2). Segundo a *American Thoracic Society (ATS)*: “DPOC é uma doença que se caracteriza pela presença de limitação ao fluxo aéreo devido a bronquite crônica ou enfisema; a obstrução ao fluxo aéreo é geralmente progressiva, pode se acompanhar de hiperreatividade e pode ser parcialmente reversível.”

A dispnéia é a sensação de uma incapacidade de respirar que se baseia na percepção no prejuízo da ventilação real, ameaçada ou fantasiada e costuma se correlacionar pouco com o prejuízo fisiológico, enquanto está fortemente associada à ansiedade (3).

O achado que define a doença pulmonar obstrutiva crônica é a limitação irreversível ao fluxo aéreo medida durante a expiração forçada, causada ou por um aumento na resistência das pequenas vias aéreas, ou um aumento na complacência pulmonar devida à destruição do pulmão por enfisema ou ambas.

Uma característica clínica importante da DPOC é a sua evolução por crises de inflamação aguda (exacerbações) que se superpõem à inflamação crônica característica da doença pulmonar obstrutiva crônica. A frequência e a gravidade da exacerbação aumentam com a progressão da doença, com os episódios repetidos resultando em um declínio mais rápido da função pulmonar (4). Durante a exacerbação, o paciente costuma apresentar dispnéia, chiado e dor no peito, aumento da tosse, febre e mudanças na cor ou volume do escarro; além destes, também podem estar presentes vários sintomas inespecíficos, como mal estar geral, insônia, fadiga, depressão e confusão; também se observam significativas, embora pequenas, quedas no VEF₁ e CVF (5). Embora auto-limitados na maioria das vezes, esses episódios repercutem muito negativamente na qualidade de vida do paciente, em especial se são frequentes (4, 6), e são a causa mais comum de hospitalização dos pacientes com DPOC, podendo levar à morte prematura, em metade dos casos, quando associados à insuficiência respiratória (4).

Muito embora a história natural da DPOC tenha sido habitualmente expressa como

a variação longitudinal da taxa do declínio do VEF₁ (7), esta doença tem outros aspectos extra-pulmonares, envolvendo especialmente a musculatura esquelética, e deve ser encarada como uma doença sistêmica (8) e nenhuma medida de função pulmonar é capaz de adequadamente aferir o impacto dessa doença sobre o paciente.

Na dispnéia a ansiedade e a depressão são muito comuns, estando presentes em aproximadamente metade dos casos (9); dito de outra forma, os transtornos da respiração se acompanham de depressão ou ansiedade. Assim, é um aumento da dispnéia a principal razão para um paciente com DPOC buscar tratamento. Por outro lado, há várias razões pelas quais se pode explicar a alta prevalência de depressão em pacientes com DPOC. Em primeiro lugar, existe o fato de a doença ser crônica e só apenas parcialmente reversível e, em segundo lugar, há que se considerar para a maioria desses pacientes a limitação da atividade diária, a diminuição da capacidade física e da autoestima, a queda do desempenho no trabalho, a perda de emprego ou até a aposentadoria precoce, a redução de sua posição na família e na sociedade e o confinamento em casa. Muitos pacientes com grave incapacitação por DPOC tendem a viver em uma “camisa de força emocional”, em que o paciente não sente mais raiva, nem depressão, nem alegria, porque qualquer mudança emocional significativa leva a sintomas muito angustiantes e muitas vezes à descompensação fisiológica nos estados mais avançados da doença, levando o paciente a viver em casa e a evitar a interação social com os outros (10). Da mesma forma, o paciente com DPOC apresenta uma fobia da sufocação e da morte, em que a evitação da atividade física chega a se constituir em um de seus principais problemas (11). As taxas de prevalência de depressão em DPOC variam em torno dos 40% (12-14), enquanto as taxas de prevalência de ansiedade em DPOC variam de 2% a 96% (12, 13).

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT):

O estudo da questão do trauma na doença mental pode-se dizer que inicia na Salpêtrière de Paris do final do século XIX com as investigações sistemáticas de Pierre Briquet, Pierre Janet e Jean-Martin Charcot (15) e são as idéias destes dois últimos que vão influenciar Freud no estágio que este fez com Charcot em 1885. Após as publicações de 1893, 1917 e 1919 sobre a questão do trauma, a obra de Freud mais importante sobre esse tema é provavelmente *Além do Princípio do Prazer*, de 1920, em que descreve a compulsão à repetição como a reversão daquilo que, tendo sido vivido passivamente, é agora vivenciado de forma ativa, permitindo assim ao sujeito dominar a situação traumática.

Em 1941, a pesquisa de Abram Kardiner (*The Traumatic Neuroses of War*), que estudou extensivamente os soldados das duas guerras mundiais, define a reação à ameaça iminente de destruição como o núcleo patológico em torno do qual se organiza a nova base de adaptação e que é então definida como a neurose traumática (16). Nesse trabalho podem-se ver os traços embrionários do que viria a ser o Transtorno de Estresse Pós-Traumático editado em 1980 (15). Em segundo lugar, há as pesquisas de Burgess & Holmstrom e a descrição da síndrome dos estupros ("*rape trauma syndrome*"), com reações emocionais, auto-acusações, desorganização do estilo de vida, viagens, mudança de endereço e busca de apoio e pesadelos (17). E por fim, os estudos sobre vítimas de acidentes e queimaduras, que, todos reunidos acabaram resultando na elaboração do diagnóstico Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT), incluído na terceira edição do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disease* (DSM III), de 1980.

Desde o DSM-III até o DSM-IV houve algumas modificações significativas na conceituação do transtorno de estresse pós-traumático. No DSM-III, este é definido como uma doença desencadeada por um estresse capaz de causar sintomas em praticamente

qualquer um e requeria apenas um sintoma de re-experimentação, dois sintomas de embotamento emocional e um sintoma de uma lista de sintomas inespecíficos. Esses critérios foram testados em estudos populacionais e foram revisados no DSM-III-R (1987), passando a ser agrupados em critérios de re-experimentação, evitação e excitabilidade aumentada. Já no DSM-IV (1994), o estressor passa a ser dividido em duas partes: a primeira, que qualifica o estressor e a segunda, que qualifica a reação do sujeito que sofre a reação estressante (intenso medo, desamparo ou horror). Ao enfatizar a subjetividade da vítima, essa definição representa uma mudança em relação às definições anteriores.

O transtorno de estresse pós-traumático consta da exposição a um evento traumático, que envolveu a morte ou a ameaça de morte ou grave dano à integridade física de pessoas ou da própria pessoa, mais a revivência do evento traumático, a evitação do mesmo e sintomas persistentes de excitação aumentada; com a duração dos sintomas por mais de um mês (18). Cumpre dizer que a maioria das pessoas expostas a uma situação traumática vai desenvolver uma resposta aguda e breve ao estresse, sem desenvolver sintomas de longa duração, com apenas uma pequena parcela experimentando o transtorno de estresse pós-traumático e apenas 10% a 25% dos casos se desenvolvendo em casos crônicos. Nesse sentido, de acordo com a definição apresentada acima (que requer a persistência dos sintomas por um mínimo de um mês), é preciso se rever que o TEPT seja o protótipo da resposta ao estresse. No entanto, a duração média do TEPT associado ao pior trauma está entre três anos (para aqueles que obtiveram tratamento) e cinco anos (para aqueles que não obtiveram tratamento) e o indivíduo típico que sofre de TEPT apresenta sintomas ativos por mais de duas décadas. Alguns pacientes podem apresentar sintomas até 50 anos após a situação traumática.

Embora o TEPT possa ser considerado uma doença altamente prevalente, com

taxas de 7,8% (10,4% para as mulheres e 5% para os homens) (19) ou 9,2% (11,3% para mulheres e 6% para homens) (20), em seu primeiro estudo sobre prevalência (5 / 1000 para os homens e 13 / 1000 para as mulheres) foi inicialmente encarada como sendo uma doença incomum (21). A sua ocorrência após um evento traumático é antes uma exceção do que a regra (22), embora as estimativas recentes sugiram que a maior parte da população deverá experimentar pelo menos um evento extremamente traumático ao longo da vida e que 25% dos sobreviventes do trauma deverão desenvolver o TEPT.

O transtorno de estresse pós-traumático é uma condição clínica que, em 50% a 90% dos casos crônicos, costuma ocorrer em comorbidade com outras doenças psiquiátricas (22), especialmente o transtorno obsessivo-compulsivo, a distímia e o transtorno do humor bipolar (21). É antes uma exceção do que a regra um indivíduo apresentar o diagnóstico de TEPT na ausência de qualquer outro diagnóstico psiquiátrico (22).

Tem sempre havido uma discussão, histórica já em psiquiatria, em torno da etiologia do transtorno de estresse pós-traumático, com questões a respeito da gravidade do trauma ou a vulnerabilidade pré-mórbida da pessoa envolvida ser o fator preponderante, com o tão citado trabalho de McFarlane, de 1989, concluindo a favor da vulnerabilidade pré-mórbida como o fator mais importante, especialmente nos casos crônicos (23).

O estudo dos fatores de risco para o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático tem apontado o sexo feminino, uma idade mais baixa, a falta de instrução, a adversidade e o abuso na infância, uma história psiquiátrica prévia e familiar, um trauma prévio, a gravidade do trauma e a falta de apoio social como os principais fatores (24).

Do ponto de vista fisiológico, a ativação do sistema nervoso simpático e a liberação de adrenalina permitem ao organismo aumentar sua capacidade fisiológica de “luta e fuga” em resposta à ameaça e facilitam a consolidação da memória de ameaça (25). A ativação simultânea do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, culminando na liberação de cortisol, ajuda a conter a resposta ao estresse quando a ameaça é removida (25). Os indivíduos que desenvolvem TEPT têm respostas de cortisol atenuadas ao trauma e podem assim deixar de limitar a resposta do sistema nervoso simpático, o que poderia resultar em níveis persistentemente aumentados de catecolaminas no momento durante o qual a memória do evento traumático estivesse em processo de consolidação (25). Portanto, a memória do evento não somente seria fortemente consolidada, mas estaria associada a um sofrimento subjetivo extremo (25).

Objetivos:

Determinar a relação entre a presença de transtorno de estresse pós-traumático e a gravidade de doença pulmonar obstrutiva crônica.

2. MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Pacientes

Foram examinados 38 pacientes com diagnóstico de DPOC segundo os critérios de GOLD (26) internados no Pavilhão Pereira Filho, da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, hospital de referência para adultos com doenças do pulmão,

no período de janeiro de 2008 a junho de 2009. Foram examinados 42 pacientes e incluídos 38.

Foram critérios de inclusão: ter o diagnóstico clínico de DPOC e apresentar um $VEF_1 < 70\%$; conseguir se comunicar e responder aos questionários. Foram critérios de exclusão: a comorbidade de carcinoma brônquico (uma paciente); não completar os questionários antes da alta (três pacientes).

O motivo de baixa hospitalar dos pacientes em sua grande maioria se deu por exacerbação da DPOC.

Os pacientes assinaram um termo de consentimento livre e informado e o comitê de ética do hospital autorizou o projeto de pesquisa (processo nº 1603/07, com parecer complementar nº 283/07).

2.2 Métodos

Os pacientes foram avaliados através da aplicação de seis questionários padronizados em uma a quatro entrevistas, conforme as condições de comunicação de cada paciente, realizadas todas por Porto L. A presença de transtorno de estresse pós-traumático foi aferida pela aplicação do *Screen for Posttraumatic Stress Symptoms* (SPTSS) (Anexo 1). Os questionários eram sempre aplicados na mesma ordem. O primeiro deles era o SPTSS, instrumento de rastreio desenvolvido por Eve Carlson, que consta de 17 afirmações que se referem aos itens do diagnóstico de TEPT e que podem ou não serem referendadas pelo paciente. É o teste mais sensível para a detecção de TEPT e por essa razão o aplicamos em primeiro lugar. Logo a seguir aplicamos em sequência: as escalas de Beck para depressão *Beck Depression Inventory* (BDI) (27)

(Anexo 2) e ansiedade *Beck Anxiety Inventory* (BAI) (28) (Anexo 3) e o teste de *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus* (M.I.N.I. - Plus) (Anexo 4) para diagnóstico de transtornos mentais, do qual faz parte o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático. Por fim, aplicávamos os testes de Horowitz, de 1979 (29) (Anexo 5), e o de Blake, de 1990 (30) (Anexo 6), também para diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático. No entanto, para o presente estudo, discutimos apenas os dados referentes ao SPTSS, ao BDI e ao BAI. Todos os testes foram validados para o português em outros estudos.

2.3. Análise estatística

Os resultados dos procedimentos e instrumentos de avaliação foram levantados e tabulados em banco de dados. A análise descritiva dos dados envolveu o levantamento de frequência para variáveis sociodemográficas e de morbidade psiquiátrica (avaliada pela M.I.N.I. Plus) e cálculo das medidas de tendência central, dispersão e propriedades da distribuição para os escores do SPTSS, BAI, BDI e da espirometria. A análise inferencial envolveu, primariamente, medidas correlacionais entre as variáveis de interesse através do cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson. Todas as análises foram conduzidas no programa *SPSS for Windows* (Versão 17.0), adotando-se um grau de significância de $p < 0,05$.

3. RESULTADOS:

O número de sujeitos incluídos foi de 38. A análise dos resultados revelou uma predominância de mulheres (71,1%, $n = 27$) e uma distribuição por faixa etária entre os 42 e 88 anos ($M = 70,2$; $DP = 9,3$) (ver tabela 1). Quanto ao estado civil, observou-se que a

maior parte dos pacientes eram casados ou viúvos (ver tabela 1). A grande maioria dos pacientes (65,8%, $n=25$) tem escolaridade fundamental e apenas 3 pacientes (7,9%) tiveram acesso ao ensino superior (ver tabela 1). Em relação à ocupação, 60,53% dos pacientes eram aposentados com 5 pacientes (13,1%) ainda declarando-se com afazeres domésticos, isto é, observando-se a sub-totalidade dos pacientes sem uma ocupação formal (ver tabela 1).

Tabela 1: Dados demográficos

	N	%
Gênero		
Homem	11	28,9
Mulher	27	71,1
Idade		
40-49	1	2,63
50-59	2	5,26
60-69	12	31,58
70-79	16	42,10
80-89	7	18,43
Estado civil		
Solteiro	3	7,89
Casado	17	44,74
Viúvo	12	31,58
Separado	5	13,16
Sem informação	1	2,63
Instrução		
Fundamental	25	65,79
Médio	8	21,05
Superior	3	7,89
Sem informação	2	5,27
Ocupação		
Aposentado(a)	23	60,53
Afazeres domésticos	5	13,16
Em atividade	8	21,05
Pensionista	1	2,63
Sem informação	1	2,63
Total	38	100,00

O transtorno de estresse pós-traumático foi aferido através de vários questionários (Carlson, 2001 *apud* Kristensen, 2005); Horowitz, 1979; Blake, 1990 e M.I.N.I.) (1, 29, 30), mas estudado apenas através do SPTSS de Carlson, que apresenta 17 itens correspondentes aos 17 sintomas de TEPT descritos no DSM-IV. Nesse instrumento,

verificamos que os pacientes apresentavam entre 0 e 15 sintomas ($Med = 6,5$ sintomas). Em seu estudo original, Carlson (2001) observou uma boa consistência interna para o SPTSS ($\alpha = 0,91$). Também foram obtidos dados sobre validade concorrente, incluindo dados sobre sensibilidade e especificidade para o diagnóstico do TEPT a partir de diferentes pontos de corte no SPTSS. Entre os pacientes investigados com este instrumento, ao utilizarmos um ponto de corte conservador ($\geq 5,0$; associado a sensibilidade = 0,85 e especificidade = 0,73), verificamos que 39,5% ($n=15$) dos participantes apresentavam sintomas compatíveis com o diagnóstico clínico de TEPT.

Os sujeitos também foram estudados quanto à ansiedade e depressão, através das escalas de Beck. Em relação aos sintomas de ansiedade, mensurados através do *Beck Anxiety Inventory* (BAI), foi possível obter escores válidos para a totalidade dos participantes, variando entre zero e 32 pontos. Foram identificados sintomas de ansiedade de moderados a graves em 55,2% dos participantes ($n = 21$). Os escores de ansiedade se distribuíram no BAI segundo a tabela 3. Os sintomas com escore médio mais elevado foram dificuldade para respirar ($M = 2,49$) e sensação de sufocação ($M = 1,71$). Outros itens, diretamente relacionados à ansiedade, foram: sentir-se nervoso ($M = 1,59$), indigestão ou desconforto no abdômen ($M = 1,45$) e medo de que aconteça o pior ($M = 1,24$).

Através do *Beck Depression Inventory* (BDI) foram identificados sintomas de depressão de moderados a graves em 63,1% ($n = 24$) dos pacientes. Os escores de depressão estão apresentados na tabela 3. Os sintomas de depressão mais elevados foram: sentir-se cansado ($M = 2,12$), diminuição da libido ($M = 2,07$), dificuldade para trabalhar ($M = 1,93$), irritabilidade ($M = 1,80$) e insônia ($M = 1,77$). Pode-se observar também que existe uma predominância de casos de depressão moderada (42,1%) (ver

tabela 2).

Já a avaliação de depressão pelo inventário de Beck (1961) (27) apresentou uma mediana de 24,5 com um desvio padrão de 12,7, enquanto a ansiedade avaliada pelo inventário de Beck (1988) (28) apresentou uma mediana de 22,9 com um desvio padrão de 12,0.

Tabela 2: Porcentagem de Sintomas de Ansiedade segundo *Beck Anxiety Inventory* (BAI) e de Sintomas de Depressão segundo *Beck Depression Inventory* (BDI) em Pacientes com DPOC (n=38)

Escore	Ansiedade		Depressão	
	N	%	N	%
Mínimo	9	23,8	7	18,4
Leve	8	21,0	7	18,4
Moderado	13	34,2	16	42,1
Grave	8	21,0	8	21,0
Total	38	100,0	38	100,0

Nota: Escores do BAI: ansiedade mínima (0-7), leve (8-15), moderada (16-25) e grave (26-63)
 Escores do BDI: depressão mínima (0-13), leve (14-19), moderada (20-28) e grave (29-63)

Os sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão foram investigados nos pacientes com DPOC, conforme pode ser visualizado na Tabela 3.

Conforme pode ser observado na Tabela 3, foi verificada uma correlação inversa e significativa entre o escore de VEF₁ e o escore total do SPTSS; $r(37) = -0,31$; $p = 0,30$. Entre os pacientes investigados com o SPTSS, ao utilizarmos um ponto de corte conservador ($p < 0,05$; associado à sensibilidade = 0,85 e especificidade = 0,73), verificamos que 39,5% ($n = 15$) dos participantes apresentaram sintomas compatíveis com o diagnóstico clínico de TEPT.

Além disso, pode-se observar que não existe uma correlação significativa entre a

capacidade respiratória, expressa pelo VEF¹, e os sintomas de depressão, expressos pelo BDI, como costuma ser apontado pela literatura, assim como a capacidade respiratória, expressa pelo VEF¹, e os sintomas de ansiedade, expressos pelo BAI, como costuma ser apontado pela literatura. No entanto, tanto a depressão quanto a ansiedade se relacionam significativamente em grau de significância de $p < 0,01$ com o transtorno de estresse pós-traumático (SPTSS), o qual se relaciona, por sua vez, com a dificuldade respiratória (VEF¹), através de uma triangulação (ver tabela 3).

Tabela 3: Associação entre Capacidade Respiratória, Estresse Pós-Traumático, Depressão e Ansiedade em Pacientes com DPOC

	FEV ¹	SPTSS	BDI	BAI
FEV ¹	-	-0,31*	-0,19	-0,19
SPTSS		-	0,59**	0,66**
BDI			-	0,58**
BAI				-

Notas. FEV¹: Volume Expiratório Forçado (no 1º segundo); SPTSS: Screen for Posttraumatic Stress Symptoms; BD: Inventário Beck de Depressão; BAI: Inventário Beck de Ansiedade. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

A avaliação espirométrica dos pacientes estudados e com DPOC apresentou um VEF₁ médio de 0,82 com um desvio padrão de 0,32, tendo sido observada uma correlação inversa entre o volume expiratório forçado no primeiro segundo e o transtorno de estresse pós-traumático nos pacientes examinados, isto é, quanto maior a limitação respiratória dos pacientes, maior a pontuação no teste que avalia estresse pós-traumático. Em outras palavras, este resultado sugere que o grau de sintomas de estresse pós-traumático aumenta à medida que a capacidade respiratória do paciente piora, como era de ser esperado.

4. DISCUSSÃO:

A repercussão da ansiedade e da depressão na DPOC já são fatos bem conhecidos e estudados desde a década de setenta do século passado (9, 11, 13, 31,

32), assim como artigos que examinam a relação entre DPOC e ansiedade (14, 31) ou a relação entre DPOC e depressão (14, 33, 34). Contudo, não encontramos na literatura revisada nenhuma referência que investigue a relação entre a doença pulmonar obstrutiva crônica e o transtorno de estresse pós-traumático. O que existe é um conhecimento mais amplo que diz que os transtornos da respiração se acompanham de depressão ou ansiedade.

Os sujeitos foram aferidos através de vários questionários para avaliação de transtorno de estresse pós-traumático (as escalas de Carlson, de 2001, de Horowitz, de 1979, e de Blake, de 1990, assim como o questionário M.I.N.I.- Plus), tendo sido estudados os dados do SPTSS, de Eve Carlson, o instrumento mais sensível. Entre os pacientes investigados com o SPTSS, utilizando-se um ponto de corte conservador ($\geq 5,0$; associado à sensibilidade = 0,85 e especificidade = 0,73), verificamos que 39,5% ($n = 15$) dos participantes apresentaram sintomas compatíveis com o diagnóstico clínico de TEPT, enquanto que, se utilizarmos um ponto de corte $\geq 3,5$, o SPTSS passava a apresentar uma sensibilidade de 0,95, mas uma especificidade de 0,50.

A correlação inversa e significativa que se observa entre o volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF_1) e o escore total do SPTSS sugere que, quanto maior a limitação respiratória dos pacientes, maior a pontuação no teste que avalia estresse pós-traumático, isto é, o grau de sintomas de estresse pós-traumático aumenta à medida que a capacidade respiratória do paciente piora.

Além disso, embora exista uma correlação significativa entre a capacidade respiratória, expressa pelo VEF_1 , e os sintomas do transtorno de estresse pós-traumático, expressos pelo SPTSS, não se observou uma correlação entre a capacidade respiratória

e a depressão, expressa pelo BDI, ou a capacidade respiratória e a ansiedade, expressa pelo BAI. Isso pode ser compreendido da seguinte forma: a relação da gravidade da disfunção respiratória com os sintomas de transtorno de estresse pós-traumático se dá de forma direta; já a ansiedade e a depressão não se relacionam de forma direta com a capacidade respiratória (VEF¹), variando, no entanto, de forma indireta, segundo a variação do SPTSS (transtorno de estresse pós-traumático).

Como é sabido que a principal razão para um paciente com DPOC buscar tratamento é um aumento da dispnéia, pode-se até supor que o aumento de sintomas de estresse pós-traumático possa levar a um aumento da busca de tratamento para DPOC, o que não foi, no entanto, investigado nesta pesquisa.

Quanto à ansiedade, o que foi possível observar no teste de Beck para ansiedade (28), foi altamente significativo: os dois sintomas com escore mais elevado foram dificuldade para respirar e sensação de sufocação. Cumpre lembrar que, como os sintomas de ansiedade (dispnéia e hiperventilação) podem mimetizar os sintomas da doença respiratória, o exercício de reabilitação permite ao paciente experimentar seus sintomas em segurança e se dessensibilizar em relação a esses sintomas, aprendendo a distinguir entre os sintomas físicos e os emocionais (13), isto é, distinguir entre dispnéia por angústia e dispnéia por insuficiência ventilatória. Mais especificamente, a dispnéia provoca medo de sufocação e de morte, o que é fonte de extrema ansiedade, com as pessoas de natureza ansiosa tendendo às reações catastróficas em torno da dispnéia (13). Além disso, a ansiedade e a depressão são os transtornos psiquiátricos mais prevalentes em pacientes com doença crônica do pulmão (13) e amplamente estudados na literatura médica.

No que diz respeito à depressão, os sintomas mais frequentes segundo a escala de Beck (27), foram sentir-se cansado, diminuição da libido, dificuldade para trabalhar e irritabilidade, sintomas estes que também podem se dever à DPOC. No entanto, apesar do potencial para eficácia de tratamento da depressão e da ansiedade, esses itens não costumam constar nos guias oficiais de tratamento (9) nem ser avaliados ou tratados nesses pacientes (13). Os trabalhos de Godoy sobre o valor do tratamento psicoterápico da ansiedade e da depressão em DPOC constituem uma bem-vinda exceção (32). Ainda assim, como se poderia esperar, uma doença que interfere com a respiração, que reduz a vitalidade e que produz sintomas de forma progressiva tende a gerar complicações psicossociais e assim a DPOC está frequentemente associada à ansiedade, à dependência e à perda da autoestima (10).

No que diz respeito à intolerância ao exercício, um dos principais fatores a limitar a participação nas atividades da vida diária entre os indivíduos com doença respiratória crônica e os grandes sintomas desse tipo de doença que limitam o exercício na maioria dos pacientes são a dispnéia e/ou a fadiga, que podem resultar de limitações ventilatórias, anormalidades nas trocas gasosas pulmonares, disfunção muscular periférica, disfunção cardíaca ou qualquer combinação dos itens acima (6).

É importante se ter presente que o transtorno de estresse pós-traumático interfere com a adequada percepção da realidade, na medida em que os pensamentos intrusivos referentes à situação traumática distorcem a adequada avaliação da realidade, por um lado, e, por outro, os movimentos de evitação de pensamentos, sentimentos, atividades, locais ou pessoas relacionados ao trauma evadem qualquer apreciação dessa mesma realidade. Assim sendo, o paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica, que sofre com acessos de dispnéia e sufocação, tem medo de morrer de falta de ar e chega a

experimentar uma sensação de morte iminente nas crises de exacerbação da doença, evita pensar sobre isso, por um lado, e é assaltado por pensamentos intrusivos desse tipo, por outro.

CONCLUSÕES:

O presente estudo permite formular as seguintes conclusões:

1. O transtorno de estresse pós-traumático se correlaciona com a doença pulmonar obstrutiva crônica no sentido de que o grau de sintomas de estresse pós-traumático aumenta à medida que a capacidade respiratória do paciente piora.
 2. A ansiedade apresenta uma correlação indireta e significativa com a doença pulmonar obstrutiva crônica, como apontado na literatura.
 3. A depressão também apresenta uma correlação indireta e significativa com a doença pulmonar obstrutiva crônica como destacado na literatura.
-

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Eve Carlson 2001 apud KRISTENSEN C. Estresse pós-traumático: Sintomatologia e Funcionamento Cognitivo. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
2. Hogg JC, Chu F, Utokaparch S, Woods R, Elliott WM, Buzatu L, et al. The nature of small-airway obstruction in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2004 Jun 24;350(26):2645-53.
3. Eiser N, West C, Evans S, Jeffers A, Quirk F. Effects of psychotherapy in moderately severe COPD: a pilot study. *Eur Respir J*. 1997 Jul;10(7):1581-4.
4. Celli BR, Barnes PJ. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*. 2007 Jun;29(6):1224-38.
5. Spencer S, Jones PW. Time course of recovery of health status following an infective exacerbation of chronic bronchitis. *Thorax*. 2003 Jul;58(7):589-93.
6. ATS/ERS. Statement on Pulmonary Rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2006;173:1390-4131390-413.
7. Fletcher C, Peto R. The natural history of chronic airflow obstruction. *Br Med J*. 1977 Jun 25;1(6077):1645-8.
8. Dourado VZ, Tanni SE, Vale SA, Faganello MM, Sanchez FF, Godoy I. Systemic manifestations in chronic obstructive pulmonary disease. *J Bras Pneumol*. 2006 Mar-Apr;32(2):161-71.
9. Cully JA, Graham DP, Stanley MA, Ferguson CJ, Sharafkhaneh A, Soucek J, et al. Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and comorbid anxiety or depression. *Psychosomatics*. 2006 Jul-Aug;47(4):312-9.
10. Dudley DL, Glaser EM, Jorgenson BN, Logan DL. Psychosocial concomitants to rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. Part I. Psychosocial and psychological considerations. *Chest*. 1980 Mar;77(3):413-20.
11. Agle DP, Baum GL. Psychological aspects of chronic obstructive pulmonary disease. *Med Clin North Am*. 1977 Jul;61(4):749-58.
12. Carvalho NS, Ribeiro PR, Ribeiro M, Nunes Mdo P, Cukier A, Stelmach R. Comparing asthma and chronic obstructive pulmonary disease in terms of symptoms of anxiety and depression. *J Bras Pneumol*. 2007 Feb;33(1):1-6.
13. Emery CF, Green MR, Suh S. Neuropsychiatric function in chronic lung disease: the role of pulmonary rehabilitation. *Respir Care*. 2008 Sep;53(9):1208-16.
14. Moussas G, Tselebis A, Karkanias A, Stamouli D, Ilias I, Bratis D, et al. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. *Ann Gen Psychiatry*. 2008;7:7.
15. van der Kolk BA, Herron N, Hostenler A. The history of trauma in psychiatry. *Psychiatr Clin North Am*. 1994 Sep;17(3):583-600.
16. KARDINER A. Traumatic Neuroses of War. In: Books B, editor. *American Handbook of Psychiatry*. New York; 1959. p. 245-57.
17. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape trauma syndrome. *Am J Psychiatry*. 1974 Sep;131(9):981-6.
18. APS. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). In: Association AP, editor. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* 4ed. Washington; 1994. p. 424-9.
19. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995 Dec;52(12):1048-60.
20. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1991 Mar;48(3):216-22.

21. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. *N Engl J Med*. 1987 Dec 24;317(26):1630-4.
22. Yehuda R, McFarlane AC. Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *Am J Psychiatry*. 1995 Dec;152(12):1705-13.
23. McFarlane AC. The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *Br J Psychiatry*. 1989 Feb;154:221-8.
24. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000 Oct;68(5):748-66.
25. Yehuda R, Hyman SE. The impact of terrorism on brain, and behavior: what we know and what we need to know. *Neuropsychopharmacology*. 2005 Oct;30(10):1773-80.
26. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, Jenkins CR, Hurd SS. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001 Apr;163(5):1256-76.
27. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Jun;4:561-71.
28. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988 Dec;56(6):893-7.
29. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med*. 1979 May;41(3):209-18.
30. BLAKE D, Weathers F, Nagy L. A Clinician Rating Scale for Assessing Current and Lifetime PTSD: The CAPD-1. *Behavior Therapist*. 1990;13:187-8.
31. Hynninen KM, Breitve MH, Wiborg AB, Pallesen S, Nordhus IH. Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a review. *J Psychosom Res*. 2005 Dec;59(6):429-43.
32. de Godoy DV, de Godoy RF. A randomized controlled trial of the effect of psychotherapy on anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003 Aug;84(8):1154-7.
33. Stapleton RD, Nielsen EL, Engelberg RA, Patrick DL, Curtis JR. Association of depression and life-sustaining treatment preferences in patients with COPD. *Chest*. 2005 Jan;127(1):328-34.
34. van Ede L, Yzermans CJ, Brouwer HJ. Prevalence of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Thorax*. 1999 Aug;54(8):688-92.

ANEXOS

1 – Screen for Posttraumatic Stress Symptoms (SPTSS)

Escala de Rastreamento

1 - Por Eve Carlson, Traduzido e adaptado por Christian Kristensen:

Idade: ___ anos ___ meses

Sexo: () masc () fem

No espaço em branco antes de cada pergunta, coloque um número para dizer o quanto cada coisa tem acontecido com você durante as últimas duas semanas. Use a escala abaixo para decidir qual número colocar no espaço em branco. Coloque “0” se você nunca teve a experiência durante as últimas duas semanas, e coloque “10” se isto estava sempre acontecendo com você ou se aconteceu todos os dias durante as últimas duas semanas. Se aconteceu algumas vezes, mas não todos os dias, coloque um dos números entre “0” e “10” para mostrar o quanto.

(nunca) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (sempre)

- ___ 1. Eu não tenho vontade de fazer coisas que eu gostava de fazer.
- ___ 2. Eu não consigo lembrar muito de coisas ruins que aconteceram comigo.
- ___ 3. Eu me sinto afastado e isolado de outras pessoas.
- ___ 4. Eu tento não pensar sobre coisas que me lembram de algo ruim que aconteceu comigo.
- ___ 5. Eu me sinto entorpecido. Eu não sinto emoções tão fortemente quanto costumava sentir.
- ___ 6. Eu tenho dificuldades em me concentrar sobre coisas ou prestar atenção em algo por um longo período de tempo.
- ___ 7. Eu tenho dificuldade em pensar sobre o futuro e em acreditar que viverei até uma idade avançada.
- ___ 8. Eu me sinto muito irritável e perco o meu controle.
- ___ 9. Eu evito fazer coisas ou estar em situações que possam me lembrar de algo terrível que aconteceu comigo no passado.
- ___ 10. Eu estou muito alerta ao ambiente que me cerca e nervoso sobre o que está acontecendo ao meu redor.
- ___ 11. Eu me encontro repetidamente lembrando de coisas ruins que me aconteceram, mesmo quando não quero pensar sobre elas.
- ___ 12. Eu fico sobressaltado ou surpreso muito facilmente e “pulo” quando eu ouço um som repentino.
- ___ 13. Eu tenho sonhos ruins sobre coisas terríveis que me aconteceram.
- ___ 14. Eu fico muito perturbado quando algo me lembra de alguma coisa ruim que me aconteceu.
- ___ 15. Eu tenho dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo.
- ___ 16. Quando algo me lembra de alguma coisa ruim que me aconteceu, me sinto trêmulo, suado, nervoso e meu coração bate realmente rápido.
- ___ 17. De repente eu sinto como se estivesse de volta ao passado, em uma situação ruim na qual já estive, e é como se isto estivesse acontecendo tudo de novo.

2 - Inventário de Depressão Beck

Nome: _____ Data: ___/___/___

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve a melhor maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações em um grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2. Estou sempre triste e não consigo sair disto.
3. Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enjoado de mim.
3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.
12. 0 Não perdi o interesse por outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo meu interesse pelas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldades em tomar decisões do que antes.
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem sem atrativos.
3 Acredito que pareço feio.
15. 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.
16. 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado do que o habitual.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Absolutamente não tenho mais apetite.
19. 0 Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais de dois quilos e meio.
2 Perdi mais de cinco quilos.
3 Perdi mais de sete quilos.
Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim () Não ()
20. 0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.
1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.
2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.
2 Estou muito menos interessado em sexo agora.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

3 - Inventário de Ansiedade Beck

Nome: _____

Data: ___/___/___

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente Não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável, mas pode suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensação de calor				
3. Tremores nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo que aconteça o pior				
6. Atordoado ou tonto				
7. Palpitação ou aceleração do coração				
8. Sem equilíbrio				
9. Aterrorizado				
10. Nervoso				
11. Sensação de sufocação				
12. Tremores nas mãos				
13. Trêmulo				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen				
19. Sensação de desmaio				
20. Rosto Afogueado				
21. Suor (não devido ao calor)				

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

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

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

ALERTA

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

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

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

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

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

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

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

	<u>Episódio Atual</u>		<u>Episódio Passado</u>		
A3 Durante as 2 semanas em que sentiu-se deprimido(a)/ sem interesse pela maioria das coisas, quase todo o tempo:					
a Seu apetite aumentou ou diminuiu, quase todos os dias ? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (VARIAÇÃO DE ± 5% AO LONGO DE UM MÊS, ISTO É, ± 3,5 KG, PARA UMA PESSOA DE 65 KG) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	5
b Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais) ?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	6
c Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	7
d Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	8
e Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	NÃO	SIM	NÃO	SIM	9
SE A3e = SIM: PEDIR UM EXEMPLO. O EXEMPLO CONSISTE NUMA IDÉIA DELIRANTE ? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM					

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

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

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

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

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

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

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

CRONOLOGIA

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

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR COM CARACTERÍSTICAS MELANCÓLICAS (opcional)

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

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

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

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A14 ?

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

SUBTIPOS DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

Assinale tudo que se aplica

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

SE A8 OU A9 OU A10 = SIM, PASSAR PARA **RISCO DE SUICÍDIO****B. TRANSTORNO DISTÍMICO**

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

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

ESPECIFICAR O PERÍODO DE TEMPO EXPLORADO ABAIXO:

- Atual
- Passado

B1	Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo ? [OU, SE ESTÁ EXPLORANDO TRANSTORNO DISTÍMICO PASSADO: "No passado, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo, por um período de 2 anos ou mais ?"]	→ NÃO	SIM	22
B2	Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?	NÃO	→ SIM	23
B3	Desde que se sente [Durante esse período em que se sentia]deprimido(a) a maior parte do tempo:			
a	O seu apetite mudou de forma significativa ?	NÃO	SIM	24
b	Tem [teve] problemas de sono ou dorme [dormia] demais ?	NÃO	SIM	25
c	Sente-se [sentia-se] cansado(a) ou sem energia ?	NÃO	SIM	26
d	Perdeu a auto-confiança ?	NÃO	SIM	27
e	Tem [tinha] dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ?	NÃO	SIM	28
f	Sente-se [sentia-se] sem esperança ?	NÃO	SIM	29
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM B3?	→ NÃO	SIM	

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

→
NÃO SIM 30

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

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

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

UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO SIM 31

B5 É COTADA SIM?

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

CRONOLOGIA

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

idade 32

C. RISCO DE SUICÍDIO

Durante o último mês:

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

Ao longo da sua vida:

C6 Já fez alguma tentativa de suicídio ? NÃO SIM **4**

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6 ?

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

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

D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

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

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

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

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

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

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

SE D1a = SIM:

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

SE D2a = SIM:

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

→

		D1a OU D2a SÃO COTADAS "SIM" ?	NÃO	SIM	
--	--	---------------------------------------	-----	-----	--

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

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

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

Episódio Atual **Episódio Passado**

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

VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO.

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

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

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

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

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

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

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

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

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

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

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

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

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

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

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

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

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

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

SUBTIPOS

Ciclagem Rápida

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

Episódio Misto

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

Padrão Sazonal

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

Com remissão completa entre episódios

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

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

NÃO	SIM ¹⁴
<i>Ciclagem Rápida</i>	

NÃO	SIM ¹⁵
<i>Episódio Misto</i>	

NÃO	SIM ¹⁶
<i>Padrão Sazonal</i>	

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

ASSINALAR A OPÇÃO QUE SE APLICA

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

GRAVIDADE

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

CRONOLOGIA

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

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

E. TRANSTORNO DE PÂNICO

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

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

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

F. AGORAFOBIA

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

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

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

NÃO	SIM 23
AGORAFOBIA VIDA INTEIRA	

F3 Atualmente teme ou evita esses lugares ou situações ?

NÃO	SIM 24
AGORAFOBIA ATUAL	

SE **SIM**, ASSINALAR SE:

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

F2 vida inteira

F3 atual

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

E6 vida inteira

E8 atual

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CRONOLOGIA

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

idade 25

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

26

G. FOBIA SOCIAL (Transtorno de Ansiedade Social)

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

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

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

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

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

FOBIA SOCIAL
(Transtorno de Ansiedade Social)
ATUAL

SUBTIPOS

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

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

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

CRONOLOGIA

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

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

H. FOBIA ESPECÍFICA

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

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

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

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

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

FOBIA ESPECÍFICA
ATUAL

CRONOLOGIA

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

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

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

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

I1	Durante o último mês, teve, com frequência, pensamentos ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiastes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo ? (por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo/ superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas.)	NÃO	SIM	1						
		➔ passar a I4								
(NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS REAIS DA VIDA COTIDIANA, NEM AS OBSESSÕES LIGADAS À PERTURBAÇÃO DO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE DROGAS OU ÁLCOOL, PORQUE O(A) ENTREVISTADO(A) PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS).										
I2	Tentou, mas não consegui resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas ?	NÃO	SIM	2						
		➔ passar a I4								
I3	Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior ?	NÃO	SIM	3						
		obsessões								
I4	Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	NÃO	SIM	4						
		compulsões								
I3 OU I4 SÃO COTADAS SIM?		➔ NÃO	SIM							
I5	Reconhece que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as) ?	➔ NÃO	SIM	5						
I6	Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo ?	NÃO	SIM	6						
I7	a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim									
	b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim									
NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DAS OBSESSÕES/ COMPULSÕES ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).										
I7 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?		NÃO	SIM	7						
I6 E I7 (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">T.O.C. ATUAL</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	T.O.C. ATUAL			
NÃO	SIM									
T.O.C. ATUAL										
I8	I6 E I7 b SÃO COTADAS SIM E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">T.O.C. ATUAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>devido a condição médica geral</i></td> </tr> </table>			NÃO	SIM	T.O.C. ATUAL		<i>devido a condição médica geral</i>	
NÃO	SIM									
T.O.C. ATUAL										
<i>devido a condição médica geral</i>										
I9	I6 E I7 a SÃO COTADAS SIM E I7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">T.O.C. ATUAL</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><i>induzido por substância</i></td> </tr> </table>			NÃO	SIM	T.O.C. ATUAL		<i>induzido por substância</i>	
NÃO	SIM									
T.O.C. ATUAL										
<i>induzido por substância</i>										
CRONOLOGIA										
I10	Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a apresentar esses problemas de que falamos ?	[]	idade	8						
I11	No último ano, durante quantos meses teve, de forma persistente, esses problemas de que falamos ?	[]		9						

J. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (opcional)

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

J1	Alguma vez viveu ou presenciou ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas ou você mesmo(a) e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou atingidos na sua integridade física? EXEMPLOS DE CONTEXTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTE GRAVE, AGRESSÃO, ESTUPRO, ASSALTO À MÃO ARMADA, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, MORTE SÚBITA NO MEIO EM QUE VIVE, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL...	→ NÃO	SIM	1
J2	Durante o último mês, pensou freqüentemente nesse acontecimento de forma penosa ou sonhou com ele ou freqüentemente teve a impressão de revivê-lo?	→ NÃO	SIM	2
J3	Durante o último mês:			
a	Tentou não pensar nesse acontecimento ou evitou tudo o que pudesse fazê-lo(a) lembrar-se dele?	NÃO	SIM	3
b	Teve dificuldades de lembrar-se exatamente do que se passou?	NÃO	SIM	4
c	Perdeu o interesse pelas coisas das quais gostava antes?	NÃO	SIM	5
d	Sentiu-se desligado(a) de tudo ou teve a impressão de se ter tornado um(a) estranho(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM	6
e	Teve dificuldade de sentir as coisas, como se não fosse mais capaz de amar?	NÃO	SIM	7
f	Teve a impressão de que a sua vida não seria nunca mais a mesma, ou que morreria mais cedo do que as outras pessoas ?	NÃO	SIM	8
	J3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM J3 ?	→ NÃO	SIM	
J4	Durante o último mês:			
a	Teve dificuldade de dormir ?	NÃO	SIM	9
b	Estava particularmente irritável, teve explosões de raiva facilmente?	NÃO	SIM	10
c	Teve dificuldades de se concentrar ?	NÃO	SIM	11
d	Estava nervoso(a), constantemente alerta?	NÃO	SIM	12
e	Ficava sobressaltado(a) por quase nada?	NÃO	SIM	13
	J4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM J4 ?	→ NÃO	SIM	
J5	Durante o último mês, esses problemas perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	14

J5 É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	

CRONOLOGIA

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

K. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

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

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM k2 ?

	→	
NÃO		SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL		

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

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K3 ?

	→	
NÃO		SIM
ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL		

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

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

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM K5 ?

NÃO	→ SIM
DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL VIDA INTEIRA	

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

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K6 ?

NÃO	SIM
ABUSO DE ÁLCOOL VIDA INTEIRA	

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

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

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

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

ENVOLVER COM UM CÍRCULO CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA:

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

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

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

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

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

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

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

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

Toma outras substâncias?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA (S) MAIS CONSUMIDA (S): _____

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

Assinalar

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

SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA

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

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

L2	Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], ao longo da sua vida:				
	a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA] para obter o mesmo efeito ?	NÃO	SIM	1
	b	Quando usava menos ou parava de consumir [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou, sentir-se agitado(a), ansioso (a), irritável ou deprimido (a) ? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor ? (COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO).	NÃO	SIM	2
	c	Quando começava a usar [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECIONADA], freqüentemente consumia mais do que pretendia ?	NÃO	SIM	3

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM L2 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) VIDA INTEIRA	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L3a E L3b (SUMÁRIO) SÃO COTADAS SIM ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S): _____

NÃO	➔ SIM
DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

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

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

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM L4 ?

ESPECIFICAR A(S) SUBSTÂNCIA(S) : _____

NÃO	SIM
ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S) ATUAL	

CRONOLOGIA

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

M. TRANSTORNOS PSICÓTICOS - Parte 1

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

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

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

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

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

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

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

JULGAMENTO DO CLÍNICO

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

SE M11a = NÃO □ PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.

M11 b

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

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

SE NÃO, CONTINUAR.

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

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

M11c
DE M1 A M10b: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES “b” = **SIM BIZARR0**?
OU
HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES “b” = **SIM MAS NÃO " SIM BIZARR0**”?

NÃO
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido ATUAL

SIM
Critério A da Esquizofrenia preenchido ATUAL

M11d
DE M1 A M7: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES “a” = **SIM BIZARR0**?
OU
HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES “a” = **SIM MAS NÃO " SIM BIZARR0**”?
(VERIFICAR QUE OS SINTOMAS OCORRERAM NO MESMO PERÍODO)
OU M11c É COTADA “SIM” ?

NÃO
Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido VIDA INTEIRA

SIM
Critério A da Esquizofrenia preenchido VIDA INTEIRA

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

SE M12d = NÃO: COTAR M13 (a, b) E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE
 SE M12d = SIM: COTAR NÃO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14
 SE M12d = INCERTO: COTAR INCERTO EM M13 (a, b) E PASSAR À M14

M13a

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

SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:

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

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

M13b

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

SE SIM, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CRONOLOGIA

M18 a Que idade tinha quando, pela primeira vez, teve essas crenças/experiências pouco comuns ? idade 32

b Desde o começo desses problemas, quantos episódios distintos em que apresentou essas crenças/experiências, já teve ? 33

TRANSTORNOS PSICÓTICOS - PARTE 2

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DO HUMOR

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PARA OS TRANSTORNOS DO HUMOR ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

N. ANOREXIA NERVOSA

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

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

Durante os últimos 3 meses:

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

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

→ NÃO	SIM
ANOREXIA NERVOSA ATUAL	

CRONOLOGIA

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

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

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

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

O. BULIMIA NERVOSA

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

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

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

NÃO	SIM
BULIMIA NERVOSA ATUAL	

CRONOLOGIA

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

O12 SUBTIPOS DE BULIMIA NERVOSA

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

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

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

SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVOSA

Tipo Compulsão Periódica / Purgativo

O7 E O12 SÃO COTADAS SIM?

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

Tipo Restritivo

Para perder peso, você regularmente faz jejum ou faz exercícios exaustivos, mas não usa métodos como provocar vômitos, ou fazer uso indevido de laxantes, diuréticos ou lavagem intestinal (enemas) ?

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

P. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

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

P1	a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado (a), inquieto (a), ansioso (a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo ?	→ NÃO	SIM	1				
	b	Teve essas preocupações quase todos os dias ?	→ NÃO	SIM	2				
		A ANSIEDADE DO(A) ENTREVISTADO(A) É RESTRITA OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI ?	→ NÃO	SIM	3				
P2		Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/ essa ansiedade) ou ela (s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	→ NÃO	SIM	4				
P3		DE P3 a A P3f COTAR “NÃO” OS SINTOMAS QUE OCORREM APENAS NO CONTEXTO DOS TRANSTORNOS JÁ EXPLORADOS ANTERIORMENTE: Nos últimos 6 meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:							
	a	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM	5				
	b	Tinha os músculos tensos?	NÃO	SIM	6				
	c	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	NÃO	SIM	7				
	d	Tinha dificuldade para se concentrar ou tinha esquecimentos / “branco na mente” ?	NÃO	SIM	8				
	e	Sentia-se particularmente irritável ?	NÃO	SIM	9				
	f	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM	10				
		P3 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM P3 ?	→ NÃO	SIM					
P4		Esses problemas de ansiedade lhe causaram sofrimento importante ou perturbaram de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	→ NÃO	SIM	11				
P5	a	Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim					
	b	Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim					
		<i>NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DA ANSIEDADE GENERALIZADA ? (FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIACINAIS SE NECESSÁRIO).</i>							
		P5 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?	NÃO	SIM	12				
		P5 (SUMÁRIO) É COTADA SIM ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL	
NÃO	SIM								
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL									
P6		P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 b É COTADA SIM ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL devido a condição médica geral</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL devido a condição médica geral	
NÃO	SIM								
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL devido a condição médica geral									
P7		P5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO E P5 a É COTADA SIM ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">YES</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL induzido por substância</td> </tr> </table>			NO	YES	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL induzido por substância	
NO	YES								
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL induzido por substância									

CRONOLOGIA

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

Q. TRANSTORNO DA PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL (opcional)

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

Q1 Antes dos 15 anos:

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

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

Q2 Depois dos 15 anos:

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

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM Q2 ?

NÃO **SIM**

**TRANSTORNO DA
PERSONALIDADE ANTISOCIAL
VIDA INTEIRA**

R. TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO (opcional)

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

R1	a	Antes dos 30 anos, teve muitos problemas ou sintomas físicos para os quais um diagnóstico preciso não foi achado ?	→ NÃO	SIM	1
	b	Esses problemas / sintomas físicos persistiram por vários anos ?	→ NÃO	SIM	2
	c	Você consultou um médico por causa desses problemas / sintomas físicos ?	→ NÃO	SIM	3
	d	Esses problemas / sintomas físicos o(a) perturbaram na escola, no trabalho, nas suas relações sociais ou nas suas atividades cotidianas ?	→ NÃO	SIM	4
Entre esses vários problemas físicos que teve e que o(a) perturbaram durante vários anos:					
R2	Teve dores:	de cabeça ?	NÃO	SIM	5
		de barriga ?	NÃO	SIM	6
		nas costas ?	NÃO	SIM	7
		nas juntas, nos braços ou nas pernas, no peito ou no reto ?	NÃO	SIM	8
		durante a menstruação ?	NÃO	SIM	9
		durante as relações sexuais ?	NÃO	SIM	10
		para urinar ?	NÃO	SIM	11
		HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM R2 ?	→ NÃO	SIM	
R3	Teve algum dos seguintes problemas abdominais:	náuseas ?	NÃO	SIM	12
		gases ?	NÃO	SIM	13
		vômitos ?	NÃO	SIM	14
		diarréia ?	NÃO	SIM	15
		intolerância a vários alimentos ?	NÃO	SIM	16
		HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS "SIM" EM R3 ?	→ NÃO	SIM	
R4	Teve algum dos seguintes problemas:	perda do interesse sexual ?	NÃO	SIM	17
		dificuldades de ereção ou de ejaculação ?	NÃO	SIM18	
		ciclos menstruais irregulares ?	NÃO	SIM19	
		sangramentos abundantes durante a menstruação ?	NÃO	SIM20	
		vômitos durante a gravidez ?	NÃO	SIM21	
		HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM R4 ?	→ NÃO	SIM	
R5	Teve algum dos seguintes problemas:	paralisia ou fraqueza em algumas partes de seu corpo?	NÃO	SIM22	
		dificuldades de coordenação ou sensação de desequilíbrio ?	NÃO	SIM23	
		dificuldade de engolir ou sensação de ter um nó na garganta ?	NÃO	SIM24	
		dificuldade de falar ?	NÃO	SIM25	
		dificuldade de urinar ?	NÃO	SIM26	
		perda do tato ou sensações dolorosas ?	NÃO	SIM27	
		visão dupla ou cegueira por alguns momentos?	NÃO	SIM28	
		ficar surdo ou ter desmaios ou convulsões ?	NÃO	SIM29	
		períodos importantes de perda de memória?	NÃO	SIM30	
		sensações inexplicadas no seu corpo ?	NÃO	SIM31	
		(CLÍNICO: AVALIAR SE SE TRATA DE ALUCINAÇÕES SOMÁTICAS)			
		HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA "SIM" EM R5 ?	→ NÃO	SIM	

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

R9 É COTADA NÃO ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO VIDA INTEIRA	

R10 Atualmente você ainda apresenta esses problemas ?

NÃO	36 SIM
TRANSTORNO DE SOMATIZAÇÃO ATUAL	

S. HIPOCONDRIA

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

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

T. TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

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

T1	Você tem estado preocupado com algum defeito em sua aparência ?	→ NÃO	SIM	1				
T2	Essa preocupação persistiu mesmo quando outras pessoas (incluindo médicos) acharam, com razão, que sua preocupação era exagerada ?	→ NÃO	SIM	2				
T3	Essa preocupação lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais?	NÃO	SIM	3				
T4	T3 É COTADA SIM?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NÃO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SIM</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL</td> </tr> </table>			NÃO	SIM	TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL	
NÃO	SIM							
TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL ATUAL								

U. TRANSTORNO DOLOROSO

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

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

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

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

SOLICITAR COLABORAÇÃO DA FAMÍLIA OU RESPONSÁVEIS PARA COLHER ESSAS INFORMAÇÕES.

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

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

V2 É COTADA SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA CONDUTA ATUAL	

Subtipos

Com Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade

Com história de abuso físico ou sexual

Com história de divórcio traumático

Com história de adoção

Com história de outros fatores estressantes

Assinalar tudo que for apropriado

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

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

Nos últimos 12 meses, frequentemente:

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

Nos últimos 6 meses, frequentemente:

W2 a	Agitava as mãos ou os pés ou se remexia na cadeira ?	NÃO	SIM	10
b	Levantava da sua cadeira em sala de aula ou em outras situações em que deveria ficar sentado ?	NÃO	SIM	11
c	Corria ou pulava demais quando não deveria ou quando outras pessoas não queriam que fizesse isso ?	NÃO	SIM	12
d	Tinha dificuldades de brincar em silêncio ?	NÃO	SIM	13
e	Sentia-se a “todo vapor” ou “a mil por hora” ?	NÃO	SIM	14
f	Falava demais ?	NÃO	SIM	15
g	Respondia precipitadamente, antes mesmo que as perguntas fossem completadas ?	NÃO	SIM	16
h	Tinha dificuldade de esperar a sua vez ?	NÃO	SIM	17
i	Interrompia ou se intrometia nos assuntos dos outros ?	NÃO	SIM	18
	W2 (SUMÁRIO): HÁ 6 OU MAIS QUESTÕES COTADAS SIM EM W2?	NÃO	SIM	
W3	Alguns desses problemas de agitação ou de falta de atenção de que falamos começaram antes dos 7 anos de idade ?	NÃO	SIM	19
W4	Esses comportamentos causaram problemas em duas ou mais das seguintes situações: na escola, no trabalho, em casa, ou com seus amigos ou familiares ?	NÃO	SIM	20

W4 É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE ATUAL	

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (Adulto)

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

Quando criança:

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

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

➔
NÃO SIM

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

Enquanto adulto:

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

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

➔
NÃO SIM

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

W8 É COTADA SIM ?

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

X. TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO

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

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

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

OS SEGUINTE SINTOMAS EMOCIONAIS / DE COMPORTAMENTO ESTÃO PRESENTES ?

QUALIFICADORES:

ASSINALAR TUDO QUE FOR APROPRIADO

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

SE ASSINALADOS:

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

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

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE AJUSTAMENTO	
com _____	
(qualificadores)	

Y. TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL

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

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

HÁ PELO MENOS 5 RESPOSTAS "SIM" EM Y3 ?

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

NÃO	SIM
TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL PROVÁVEL ATUAL	

Z. TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO

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

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

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

NÃO	SIM
TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO ATUAL	

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

Transtorno Depressivo Maior

Episódio Único/F32.x

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

Episódio Recorrente/F33.x

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

Transtorno Distímico

300.4/F34.1

Mania

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

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

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

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

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

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

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

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

Transtorno do Pânico/F40.01

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

Agoraphobia

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

Fobia Social (Tr. de Ansiedade Social)

300.23/F40.1

Fobia Específica

300.29/F40.2

Transtorno Obsessivo-compulsivo

300.30/F42.8

Transtorno de Ansiedade Generalizada

300.02/F41.1

Abuso / Dependência de Substâncias

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

Transtornos Psicóticos

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

298.80/F23.xx Transtorno Psicótico Breve

298.90/F29 Transtorno Psicótico SOE

Anorexia Nervosa

307.10/F50.0

Bulimia Nervosa

307.51/F50.2

Transtorno de Estresse Pós-Traumático

309.81/F43.1

Risco de Suicídio

Nenhum código alocado

Transtorno da Personalidade Anti-social

301.70/F60.2

Transtornos Somatoformes

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

Transtornos Dolorosos

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

Transtorno da Conduta

312.80/F91.8

Transtornos de Déficit de Atenção/ Hiperatividade

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

Transtornos de Ajustamento

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

Transtorno Disfórico Pré-menstrual

Nenhum código alocado

CRITÉRIOS PARA EXCLUIR OUTROS TRANSTORNOS DO EIXO I

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

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

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

Em qualquer situação em que:

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

REFERÊNCIAS

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

Translations

	<u>M.I.N.I. 4.4 or earlier versions</u>
Afrikaans	R. Emsley
Alemão	I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer
Árabe	
Basco	
Bengali	
Búlgaro	
Catalão	
Checo	
Chinês	
Coreano	
Croata	
Dinamarquês	P. Bech
Esloveno	M. Kocmur
Espanhol	L. Ferrando, J. Bobes-Garcia, J. Gilbert-Rahola, Y. Lecrubier O. Soto, L. Franco, G. Heinze
Estonian	J. Shlik, A. Aluoja, E. Kihl
Farsi/Persa	K. Khooshabi, A. Zomorodi
Finlandês	M. Heikkinen, M. Lijeström, O. Tuominen
Francês	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim , L. Bonora, J.P. Lepine
Grego	S. Beratis
Gujarati	
Hebreu	J. Zohar, Y. Sasson
Hindi	
Holandês/Flamenco	I. Van Vliet, H. Leroy, H. van Megen
Húngaro	I. Bitter, J. Balazs
Inglês	D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
Islandês	
Italiano	L. Bonora, L. Conti, M. Piccinelli, M. Tansella, G. Cassano, Y. Lecrubier, P. Donda, E. Weiller
Japonês	
Letão	V. Janavs, J. Janavs, I. Nagobads
Norueguês	G. Pedersen, S. Blomhoff
Polaco	M. Masiak, E. Jasiak
Português	P. Amorim
Português - Brasil	P. Amorim
Punjabi	
Romeno	
Russo	
Sérvio	I. Timotijevic
Setswana	
Sueco	M. Waern, S. Andersch, M. Humble
Turco	T. Örnek, A. Keskiner, I. Vahip
Urdu	

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

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

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

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

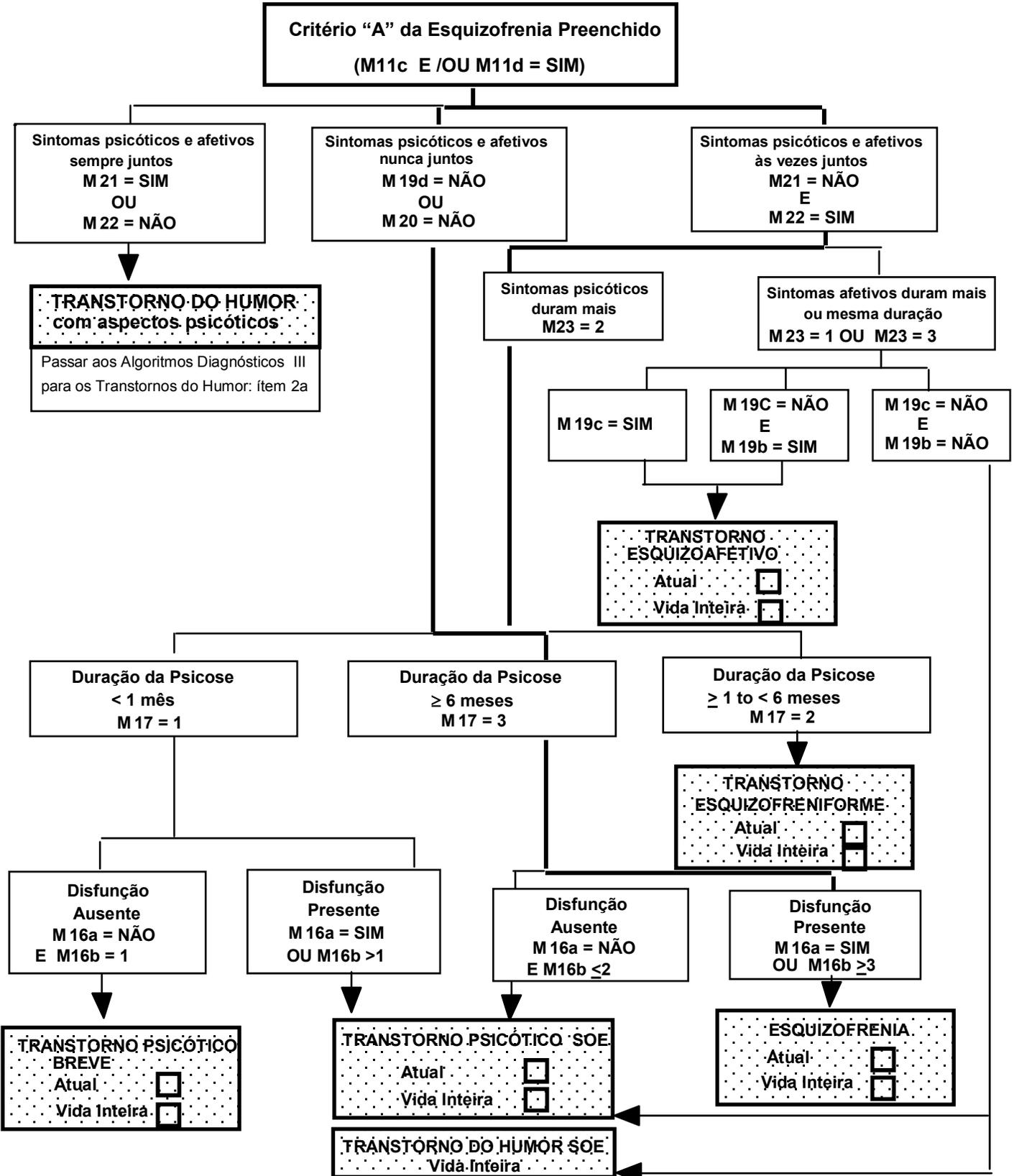
Dr. Humberto Nagera por suas contribuições nos módulos TDAH (para crianças e adultos)

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

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

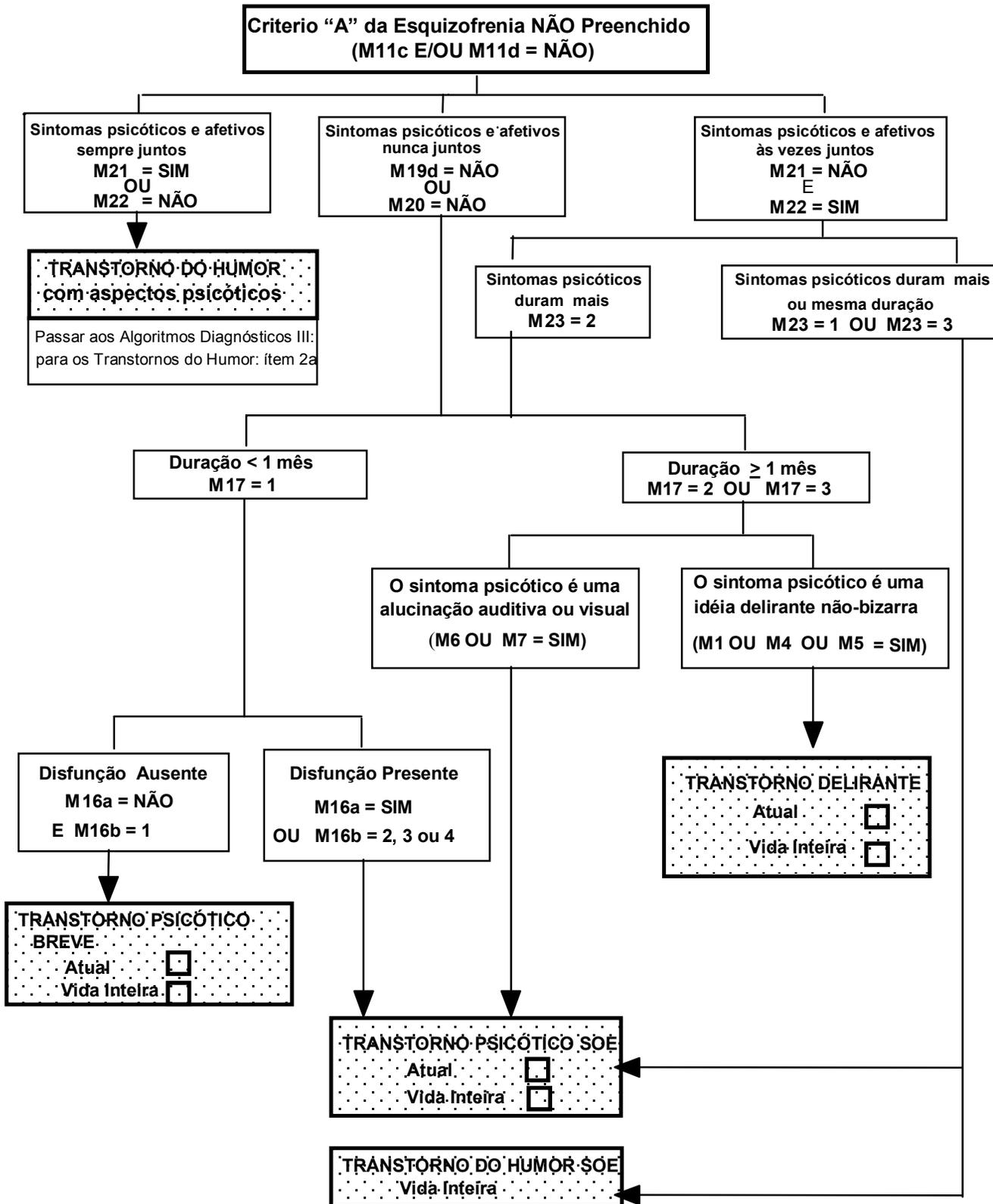
TRANSTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I

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



TRANSTORNOS PSICÓTICOS : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS II

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



TRANSTORNOS DO HUMOR : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

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

MÓDULO M: Diagnóstico diferencial entre Transtornos Psicóticos e do Humor

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

MÓDULOS A e D:

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

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

Especificar:

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

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

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

- d D7 = SIM (Episódio Maníaco presente)?

Especificar:

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

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

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

- e A8 = SIM (Episódio Depressivo Maior presente)
 E
 D6 = SIM (Episódio Hipoaníaco presente)?
 E
 D7 = NÃO (Episódio Maníaco ausente)?

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

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

ANEXO

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

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A): _____

NÚMERO DO PROTOCOLO: _____

DATA DA ENTREVISTA : _____

NOME DO(A) ENTREVISTADOR(A): _____

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

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

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

2. DIAGNÓSTICO CORRIGIDO DE TRANSTORNO PSICÓTICO ATUAL

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

NÃO SIM

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

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

3. DIAGNÓSTICO ATUAL PRINCIPAL

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

4. DÚVIDAS DIAGNÓSTICAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. OUTRAS OBSERVAÇÕES

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

5- Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Escala de Avaliação

1 – Escala Revisada do Impacto de Eventos (Horowitz et al., 1979), versão traduzida por L. M. Ito.

	Nunca	Raram.te	Às vezes	Sempre
1. Eu pensei sobre o evento quando eu não queria.				
2. Eu evitei ficar incomodado quando pensei sobre o evento ou quando me lembrei dele.				
3. Eu tentei removê-lo da memória.				
4. Eu tive dificuldade para adormecer ou fiquei acordado devido a imagens ou pensamentos sobre o evento que retornavam à minha mente.				
5. Eu tive ondas de intensos sentimentos em relação ao evento.				
6. Eu tive sonhos com o evento.				
7. Eu evitei coisas que recordassem o evento				
8. Eu senti como se não tivesse acontecido ou como se não fosse real.				
9. Eu evitei falar sobre o evento.				
10. Imagens sobre o evento pipocavam na minha mente.				
11. Outras coisas me fizeram pensar sobre o evento.				
12. Eu sabia que eu ainda tinha muitos sentimentos sobre o evento, mas não quis lidar com eles.				
13. Eu tentei não pensar sobre o evento.				
14. Qualquer lembrança trouxe de volta sentimentos sobre o evento.				
15. Meus sentimentos sobre o evento estavam como que adormecidos.				

Total_____

evitação 7
intrusão 7 + 1

No original
evitação 11
intrusão 9

6 - Transtorno do Estresse Pós-Traumático (PTSD)

Escala de Avaliação

1 – Escala de Avaliação de PTSD Administrada pelo Clínico (Blake et al., 1990), versão traduzida por L.M. Ito.

A. Evento traumático: _____

B. O evento traumático é persistentemente revivido

	Sintomas atuais		Sintomas ao longo da vida	
	Freqüentes	Intermitent.	Freqüentes	Intermitent.
1. Lembranças recorrentes e intrusivas.				
2. Afição quando exposto a eventos relacionados.				
3. Atua ou sente como se o evento recorresse				
4. Sonhos angustiantes recorrentes sobre o evento.				

Nº de sintomas atuais para o critério B (precisa 1) _____ Atinge critério? Sim
Não

Nº de sintomas ao longo da vida para o critério B (precisa 1) _____ Atinge critério?
Sim Não

C. Esquiva permanente de estímulos / diminuição da responsividade

	Sintomas atuais		Sintomas ao longo da vida	
	Freqüentes	Intermitent.	Freqüentes	Intermitent.
5. Esforço para evitar pensamentos ou sentimentos				
6. Esforço para evitar atividades ou situações				
7. Incapacidade para lembrar aspectos do trauma				
8. Diminuição do interesse em atividades usuais				
9. Sentimentos de alienação e estranheza				
10. Restrição da afetividade				
11. Perspectiva de futuro reduzida				

Nº de sintomas atuais para o critério C (precisam 3) _____ Atinge critério? Sim
Não

Nº de sintomas ao longo da vida para o critério C (precisam 3) _____ Atinge critério?
Sim Não

D. Sintomas persistentes de aumento da excitabilidade

	Sintomas atuais		Sintomas ao longo da vida	
	Freqüentes	Intermitent.	Freqüentes	Intermitent.
12. Dificuldade para adormecer				
13. Irritabilidade ou acessos de raiva				
14. Dificuldade para se concentrar				
15. Hipervigilância				
16. Tendência a assustar-se com facilidade				
17. Reatividade autonômica				

Nº de sintomas atuais para o critério D (precisam 2) _____ Atinge critério? Sim
Não

Nº de sintomas ao longo da vida para o critério D (precisam 2) _____ Atinge critério?
Sim Não

Avaliação Global

	Atuais	Ao longo da vida
18. Impacto sobre o desempenho social		
19. Impacto sobre o desempenho profissional		
20. Melhora global		
21. Validade da avaliação		
22. Gravidade global		

Características Associadas ou Hipotéticas

	Sintomas atuais		Sintomas ao longo da vida	
	Freqüentes	Intermitent.	Freqüentes	Intermitent.
23. Sentimento de culpa por participação ou omissão				
24. Sentimento de culpa por ter sobrevivido				
25. Tendência homicida				
26. Decepção com autoridade				
27. Sentimento de desesperança				
28. Memória prejudicada, esquecimento				
29. Tristeza e depressão				
30. Sensação de estar arrasado				

Nº de sintomas associados – atuais _____

Nº de sintomas associados – ao longo da vida _____

7 - Termo de Consentimento Livre e Informado

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O objetivo desta pesquisa é avaliar o paciente com DPOC em crise de exacerbação da falta de ar, quanto aos efeitos em vários aspectos da vida mental e de relacionamento. No momento da crise de falta de ar queremos verificar se esta maior dificuldade para respirar é sentida como uma sensação de quase-morte.

Caso decida participar desta pesquisa, seu tratamento clínico não será alterado, ficando todo ele a critério do seu médico.

A sua participação será responder a uma série de questionários.

Ao participar desta pesquisa você estará contribuindo para o aprimoramento científico do tratamento de pacientes com bronquite crônica e enfisema.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária, não acarretando custos ou riscos adicionais. Em qualquer fase da pesquisa você poderá desistir de participar, retirando seu consentimento sem que seu tratamento sofra qualquer alteração ou prejuízo.

Os resultados deste estudo serão utilizados única e exclusivamente para fins de pesquisa e serão publicados em periódicos ou eventos científicos, sem que você seja identificado. Caso você tenha alguma dúvida em qualquer momento poderá ligar para os pesquisadores: Lúcia Porto, através do telefone 9166-5522 ou Paulo Teixeira, através do telefone 9967-8585.

Li e entendi os objetivos, procedimentos e benefícios desta pesquisa e declaro que todas minhas dúvidas foram esclarecidas e que concordo em participar deste estudo.

Sujeito da Pesquisa

Data: ____/____/_____

Lúcia Porto

