



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS

Avha Clarice Paixão Soares

Impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental e qualidade de vida de gestantes de alto risco atendidas em um centro de referência no Nordeste do Brasil

Maceió
2021

AVHA CLARICE PAIXÃO SOARES

Impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental e qualidade de vida de gestantes de alto risco atendidas em um centro de referência no Nordeste do Brasil

Exame de Defesa de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Alagoas-UFAL, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas.

Área de Concentração: Epidemiologia, fisiopatologia e terapêutica em ciências médicas.

Orientador: Prof(a). Dr(a). Michelle Jacintha Cavalcante
Oliveira

Co-orientador: Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto

Maceió
2021

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecário: Cláudio César Temóteo Galvino – CRB4/1459

S676i Soares, Avha Clarice Paixão.
Impacto da pandemia pela Covid-19 na saúde mental e qualidade de vida de gestantes de alto risco atendidas em um centro de referência no nordeste do Brasil / Avha Clarice Paixão Soares. – 2021.
97 f.: il.

Orientadora: Michelle Jacinta Cavalcante Oliveira.

Co-orientador: Valfrido Leão de Melo Neto.

Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 36-38.

Apêndices: f. 39-41.

Anexos: f. 42-97.

1. Depressão. 2. Risco de suicídio. 3. Qualidade de vida. 4. Gestação de alto risco. I. Título.

CDU: 613.86:616-036.21

Folha de Aprovação

Avha Clarice Paixão Soares

Impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental e qualidade de vida de gestantes de alto risco atendidas em um centro de referência no Nordeste do Brasil

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 23 de setembro de 2021.



Michelle Jacintha Cavalcante Oliveira
UFAL / FAMED
Orientadora



Valfrido Leão de Melo Neto
UFAL / FAMED
Coorientador

Banca Examinadora:



Claudio Torres de Miranda
UFAL / FAMED
Examinador interno



Telmo Henrique Barbosa de Lima
UNCISAL
Examinador externo



José Ramón Rodríguez Arras Lopez
UFRJ
Examinador externo

Dedico esta jornada a minha mãe: minha primeira e eterna professora, minha inspiração e minha fortaleza.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, Profa. Dra. Michelle Oliveira, e meu co-orientador, Prof. Dr. Valfrido Leão, pelo apoio e direcionamentos. Agradeço ainda a minha colega Tereza Amélia pela parceria neste estudo.

RESUMO

Introdução: A pandemia causada pela doença do novo coronavírus (COVID-19) gerou diversas medidas sanitárias e de isolamento social promovidas pelas autoridades. As gestantes foram incluídas como um dos grupos populacionais mais susceptível a COVID-19 devido a vários aspectos, provocando neste grupo uma maior rigidez no distanciamento social, elevando o medo e a ansiedade num período notoriamente bastante frágil da vida. Sabe-se que a elevada prevalência de depressão perinatal é influenciada por fatores de risco, incluindo o aumento dos sintomas somáticos, a exposição à violência do parceiro íntimo, pouco apoio social e gravidez indesejada. **Objetivo:** Avaliar a associação dos transtornos mentais na saúde mental e na qualidade de vida de pacientes puérperas de gestação de alto risco atendidas no serviço de obstetria do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFAL) durante a pandemia pela COVID-19. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, com uma amostra de 51 puérperas até 48 horas pós-parto internadas no serviço de obstetria do HUPAA/UFAL. Foram preenchidos 03 instrumentos: um formulário desenvolvido exclusivamente para esta pesquisa para averiguação dos aspectos socioeconômicos da amostra, um questionário para avaliar qualidade de vida (SF-36) e a minientrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI versão 7.0.2). **Resultados:** A média de idade da amostra foi de 28,61 anos (DP \pm 6,49). Identificou-se uma prevalência de 27,5% de transtornos mentais ao longo da vida nas pacientes entrevistadas, predominando a depressão maior como principal diagnóstico em 23,5% da amostra, enquanto a ideação suicida apresentou-se em 7,8% da amostra e a tentativa de suicídio em 3,9%, tendo estas uma associação com maiores escores para risco de suicídio, bem como a presença de algum transtorno mental ao longo da vida. Em relação aos escores de qualidade de vida, houve associação significativa entre pacientes portadoras de episódio depressivo atual e escores mais baixos de funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, vitalidade, saúde mental e estado geral da saúde. **Conclusão:** Mais de um quarto da amostra apresentou algum transtorno mental ao longo da vida e houve associação de menores escores em diversos domínios de qualidade de vida em pacientes com episódio depressivo atual.

Palavras-chave: depressão; risco de suicídio; qualidade de vida; gestação de alto risco.

ABSTRACT

Introduction: The pandemic caused by the new coronavirus disease (COVID-19) generated several sanitary and social isolation measures promoted by the authorities. Pregnant women were included as one of the most susceptible population group to COVID-19 due to several aspects, causing in this group a greater rigidity in social distancing, increasing fear and anxiety in a notoriously fragile period of life. It is known that the high prevalence of perinatal depression is influenced by risk factors, including increased somatic symptoms, exposure to intimate partner violence, little social support, and unwanted pregnancy. **Objective:** To evaluate the association of mental disorders in the mental health and quality of life of high-risk postpartum pregnant patients attended at the obstetrics service of the Professor Alberto Antunes University Hospital (HUPAA/UFAL) during the COVID-19 pandemic. **Methods:** This is a cross-sectional study, with a sample of 51 postpartum women up to 48 hours postpartum admitted to the obstetrics service of HUPAA/UFAL. Three instruments were filled out: a form developed exclusively for this research to investigate the socioeconomic aspects of the sample, a questionnaire to assess quality of life (SF-36) and the international neuropsychiatric mini-interview (MINI version 7.0.2). **Results:** The mean age of the sample was 28.61 years (SD \pm 6.49). A lifetime prevalence of 27.5% of mental disorders was identified in the interviewed patients, with major depression predominating as the main diagnosis in 23.5% of the sample, while suicidal ideation was present in 7.8% of the sample, and attempted suicide in 3.9%, which is associated with higher scores for suicide risk, as well as the presence of any mental disorder throughout life. Regarding quality-of-life scores, there was a significant association between patients with a current depressive episode and lower scores for physical functioning, physical performance, body pain, vitality, mental health, and general health status. **Conclusion:** More than a quarter of the sample had some mental disorder throughout life and there was an association of lower scores in several quality-of-life domains in patients with a current depressive episode.

Keywords: depression; suicide risk; quality of life; high-risk pregnancy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	9
2.1 <i>Objetivo Geral</i>	9
2.2 <i>Objetivos Específicos</i>	9
3 REVISÃO DE LITERATURA	10
4 METODOLOGIA	13
4.1 <i>Tipo de estudo, período e local de coleta de dados</i>	13
4.2 <i>Amostra</i>	13
4.2.1 <i>Tamanho e amostragem</i>	13
4.2.2 <i>Crterios de inclusão e exclusão</i>	14
4.3 <i>Aplicação dos instrumentos de pesquisa</i>	14
4.4 <i>Aspectos éticos</i>	16
4.5 <i>Análise estatística</i>	16
5 PRODUTO	18
5.1 <i>Impact of COVID-19 pandemic on the mental health and quality of life of high-risk pregnant women attended at a reference center in northeastern Brazil</i>	19
6 CONCLUSÕES	34
7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES	39
ANEXOS	42

1 INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 já demonstra em estudos a influência na saúde mental (NICOLA e colab., 2020) e na assistência a saúde da população em geral, seja pelo temor causado pela própria patologia e os riscos de vida inerentes a ela ou pela necessidade do isolamento social como medida importante para prevenção do contágio e diminuição da taxa de transmissibilidade.

Em abril de 2020, o Ministério da Saúde incluiu as gestantes como um grupo de risco para pneumonia causada pelo novo coronavírus, considerando dados de maior morbidade e mortalidade desse grupo por complicações respiratórias. Este grupo populacional possui ainda maior suscetibilidade a transtornos mentais devido às modificações do ciclo gravídico-puerperal, podendo aumentar a incidência ou agravamento de patologias em meio aos impactos da pandemia.

A depressão pós-parto (DPP) é diagnosticada quando a mãe mostra o início dos episódios de humor 4 semanas após o parto, ocorrendo em 10–20% das mães que deram à luz (RYEAN e colab., 2020). O parto cria um período estressante que pode interagir com a vulnerabilidade inata e fatores ambientais. Por causa de seus efeitos adversos sobre o desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança, a DPP é considerada um problema crítico de saúde pública. Embora muitos estudos tenham tentado explorar os preditores psicossociais da DPP e apontado a depressão pré-parto como um fator importante, alguns pesquisadores se concentraram em fatores sociodemográficos, como dificuldades financeiras/profissionais, perda precoce de um dos pais, eventos estressantes durante a gravidez e o parto, e intercorrências obstétricas, enquanto outros enfatizaram sinais psicológicos como ansiedade, insatisfação conjugal, problemas de autoestima e condições psicológicas.

Existem poucos estudos até o momento que descrevam associações nesse âmbito da pandemia em mulheres gestantes e puérperas, sendo necessário aprofundamento através de pesquisas. Por se tratar de uma infecção nova, muito ainda há para elucidar sobre a COVID-19, principalmente em relação ao seu efeito em gestantes e bebês, e atualmente não há orientação definitiva baseada em evidências para gestantes quanto à avaliação ou manejo da COVID-19. A principal hipótese levantada por estes pesquisadores é de que a pandemia possa ter elevado a incidência de transtornos mentais nas gestantes de alto risco e reduzido a qualidade de vida deste grupo diante do impacto global da COVID-19.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Estudar a associação da saúde mental e da qualidade de vida de pacientes puérperas de gestação de alto risco atendidas no serviço de obstetrícia de alto risco do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFAL) durante a pandemia pela COVID-19.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar e mensurar a frequência dos transtornos mentais, ideação suicida e tentativa de suicídio na gestação de alto risco durante a pandemia pela COVID-19;
- Verificar a associação dos escores de suicidalidade com o estado mental atual na gestação de alto risco durante a pandemia pela COVID-19;
- Pontuar os escores dos diferentes domínios de qualidade de vida pela SF-36 na gestação de alto risco durante a pandemia pela COVID-19;
- Verificar a associação dos escores de qualidade de vida com o estado mental atual na gestação de alto risco durante a pandemia pela COVID-19.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, sendo esse o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. O aparecimento da doença foi detectado na cidade de Wuhan, província de Hubei, no final de dezembro de 2019, entre os doentes que apresentavam pneumonia de etiologia atípica (NISHIURA e colab., 2020). Como a doença continuou avançando em número de casos e de mortes, e atingindo diversos países, em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia (CUCINOTTA e VANELLI, 2020).

Como forma de tentar minimizar a contaminação pelo SARS-COV-2, as autoridades em diversos países têm orientado as pessoas a evitarem sair de casa e promover aglomerações, além de intensificação de hábitos de higiene e etiqueta respiratória, isolamento de casos suspeitos e confirmados e distanciamento social, com ênfase nos grupos de risco. As gestantes foram incluídas como população susceptível a COVID-19 devido a vários aspectos, principalmente aquelas que apresentam morbidades associadas à gestação.

Tais situações de distanciamento e isolamento social têm levado muitas pessoas a enfrentarem situações de medo e ansiedade, além de problemas financeiros decorrentes do aumento do desemprego e do fechamento de setores da economia ditos não essenciais (NICOLA e colab., 2020). Percebe-se ainda aumento de casos de violência doméstica por diversas razões, como o aumento de estresse econômico, instabilidade relacionada a desastres, maior exposição a relacionamentos abusivos e redução de apoios externos diante das medidas de bloqueio, proporcionando assim aumento na incidência de transtornos mentais (ONWUZURIKE e colab., 2020; RYEAN e colab., 2020).

A gravidez é um grande acontecimento da vida que é inevitavelmente acompanhado por alterações sociais, psicológicas e hormonais e tais alterações podem desencadear episódios depressivos com graves implicações para os resultados maternos e infantis (FIELD e colab., 2006). A gestação e o puerpério são momentos em que as mulheres habitualmente precisam de grande apoio familiar para enfrentar de forma saudável e natural as mudanças que o período confere à gestante, sendo tal período determinante para a saúde futura das mulheres e das crianças (MOST e colab., 2019). Diversos estudos documentam a vulnerabilidade psicoemocional materna durante eventos catastróficos (FATEMA e colab., 2019). Traumatismos, ataques terroristas e catástrofes naturais e provocadas pelo homem

(por exemplo, terremotos, tsunamis e Chernobyl) foram preditores de sintomas de depressão pós-parto para as mães na população em geral (BROOKS e colab., 2020; FATEMA e colab., 2019). Logo, um momento de dificuldades emocionais e socioeconômicas, como a pandemia atualmente vivenciada, pode refletir diretamente na saúde e na qualidade de vida dessas gestantes e puérperas.

Mesmo em gestações sem complicações, as alterações fisiológicas podem afetar a qualidade de vida das gestantes, principalmente nos domínios de atividade física e dor (LAGADEC e colab., 2018), piorando gradativamente com o passar da gestação (SCHUBERT e colab., 2017). Somado a estas, as condições psiquiátricas e sociais agravadas pela pandemia, principalmente violência doméstica e diminuição do poder aquisitivo, promovem a piora da qualidade de vida constatada por questionários padronizados com esse propósito (GHARACHEH e colab., 2015; TAVOLI e colab., 2016).

A depressão perinatal é definida como um episódio depressivo não psicótico de gravidade ligeira a grave que ocorre durante a gravidez ou até 12 meses pós-parto (FISHER e colab., 2012; KENDIG e colab., 2017). A prevalência da depressão antes do parto varia entre 7% e 15% nos países desenvolvidos (GROTE e colab., 2010) e de 19 a 25% nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (SERATI e CARNEVALI, 2018). Considerando a depressão pós-parto, a prevalência entre as mulheres residentes em países de elevado rendimento é de aproximadamente 10% e de 20% para as mulheres nos países de baixo e médio rendimento (SERATI e CARNEVALI, 2018).

Estudos de metanálise demonstram que as estimativas combinadas para depressão maior e menor de prevalência variaram de 6,5% a 12,9% e para depressão maior variaram de 1,0 a 5,6% em diferentes trimestres da gravidez e meses no primeiro ano pós-parto; identificou-se ainda que 19,2% das mulheres apresentam um episódio depressivo durante os primeiros 3 meses após o parto (GROTE e colab., 2010). Quando relacionado a pandemia pela COVID-19, houve associação positiva com aumento de risco de ansiedade e de depressão (HESSAMI e colab., [S.d.]; WANG e colab., 2020), onde há indícios de maior prevalência de transtornos mentais como ansiedade, depressão, ansiedade, estresse psicológico e insônia, com porcentagens de 37% (IC 95% 25-49%), 31% (IC 95% 20-42%), 70% (IC 95% 60-79%) e 49% (IC 95% 46-52%), respectivamente (WANG e colab., 2020).

A elevada prevalência de depressão perinatal é influenciada por fatores de risco, incluindo o aumento dos sintomas somáticos, a exposição à violência do parceiro íntimo, pouco apoio social e gravidez indesejada (STEWART e colab., 2003). A depressão pré-parto tem sido associada a comportamentos negativos para a saúde e a resultados adversos,

incluindo má nutrição, aumento da utilização de substâncias, em cuidados pré-natais inadequados, pré-eclâmpsia, baixo peso à nascença, parto prematuro, depressão pós-parto e suicídio (DE OLIVEIRA e colab., 2018; STEWART e colab., 2003). As mulheres que sofrem de depressão pré-parto continuam frequentemente a apresentar sintomas depressivos no período pós-parto, sendo que mais de 54% das que sofrem de depressão pós-parto referem episódios depressivos antes ou durante a gravidez (STEWART e colab., 2003). A depressão pré-parto nos países de baixo e médio nível socioeconômico continua a ser pouco reconhecida e não tratada, em parte porque foi dada maior prioridade à prevenção de mortes relacionadas com complicações obstétricas (FISHER e colab., 2012). A depressão ante-parto não tratada é preocupante devido à sua associação com a depressão pós-parto e aos maus resultados físicos e neurocognitivos no desenvolvimento infantil (DAVALOS e colab., 2012).

Destaca-se ainda que, a OMS, em seu mais recente estudo global sobre suicídio, divulgou que em 2019 mais de 700 mil morreram por suicídio no mundo. Entre os jovens de 15 a 29 anos, o suicídio foi a quarta causa de morte depois de acidentes no trânsito, tuberculose e violência interpessoal. Mais homens morrem devido ao suicídio do que mulheres (12,6 por cada 100 mil homens em comparação com 5,4 por cada 100 mil mulheres), sendo que as taxas de suicídio entre homens são geralmente mais altas em países de alta renda (16,5 por 100 mil), enquanto que para mulheres, as taxas de suicídio mais altas são encontradas em países de baixa-média renda (7,1 por 100 mil) (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2021). Esta organização especula que, com a pandemia pela COVID-19, a maior presença de fatores de risco para suicídio, como a perda de emprego, estresse financeiro e isolamento social, possam piorar essas estatísticas.

As consequências psicossociais inerentes a um período como a pandemia pela COVID-19 associadas diretamente aos efeitos do isolamento social, como a restrição financeira, potencializam outros fatores de risco para distúrbios mentais, principalmente na população mais vulnerável (NICOLA e colab., 2020). Portanto, o efeito do estresse e da recessão econômica causado pela COVID-19 sobre as mulheres grávidas e puérperas não pode ser ignorado, gerando preocupação pela possibilidade de aumento do risco, já inerente ao período gestacional e puerperal, de distúrbios psiquiátricos.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo, período e local de coleta de dados

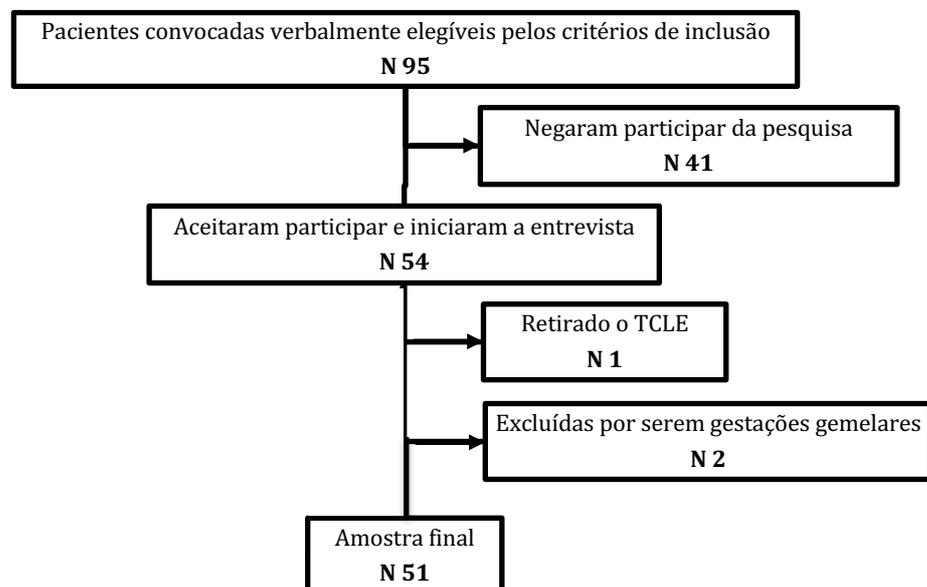
A pesquisa realizada trata-se de um estudo transversal com coleta de dados realizada entre setembro e novembro de 2020 e entre maio e julho de 2021 no Setor de Clínica Obstétrica do HUPAA/UFAL que dispõe atualmente de 54 (cinquenta e quatro) leitos de internamento para pacientes caracterizadas como gestações de alto risco, detendo uma média de tempo de internamento de 04 (quatro) dias.

4.2 Amostra

4.2.1 Tamanho e amostragem

Para o cálculo da amostra, consideramos uma prevalência de 30%, com nível de significância de 95%, tendo chegado a uma amostragem mínima de 36 (trinta e seis) pacientes. Foram convocadas verbalmente 95 (noventa e cinco) puérperas. Destas, 54 (cinquenta e quatro) aceitaram participar da pesquisa, 01 (uma) retirou o termo durante a entrevista e 02 (duas) foram excluídas por terem sido gestações gemelares, totalizando uma amostra final de 51 (cinquenta e uma) participantes.

Figura 1: Fluxograma da seleção de participantes.



Fonte: elaborado pelos autores, 2021.

Caso a voluntária se dispusesse a participar do estudo, todas as informações necessárias foram explicadas de modo claro e acessível. Como marco de inclusão para participação na pesquisa, a voluntária assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), demonstrado no Apêndice A, baseado nas diretrizes da resolução CNS no 466/12. Em caso de pacientes analfabetas, foi realizado o esclarecimento e o registro foi feito pela impressão da digital com uso do método de almofada de tinta. Prosseguiu-se com o preenchimento de instrumento desenvolvido exclusivamente para este estudo (Apêndice B) e dos instrumentos padronizados demonstrados nos anexos A e B, ficando ciente de que a sua participação seria de acordo com sua vontade, podendo desistir quando desejar.

4.2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: puérperas voluntárias internadas no Setor de Maternidade e Clínica Obstétrica do HUPAA/UFAL; ter realizado acompanhamento de pré-natal com mínimo de 01 (uma) consulta por trimestre, independente da instituição; idade maior ou igual a 18 anos; categorizadas como gestação de alto devido a qualquer morbidade identificada no momento do internamento. Os critérios de exclusão foram: déficit cognitivo ou intelectual que a torne incapaz de compreender os questionários da pesquisa; retirada do TCLE.

4.3 Aplicação dos instrumentos de pesquisa

A aplicação dos instrumentos, seja por anamnese e entrevista, foi realizada pelos pesquisadores em ambiente reservado, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde para evitar a contaminação pelo novo coronavírus, como uso de máscaras, protetores faciais, distanciamento seguro de 2 metros entre os indivíduos e uso regular de álcool em gel para higienização das mãos. Tais instrumentos estão descritos a seguir:

- Questionário sociodemográfico e dados do pré-natal: instrumento desenvolvido exclusivamente para este estudo, onde teremos a coleta de dados sobre idade, procedência, profissão, renda familiar, escolaridade, estado civil, religião, idade quando houve a primeira menstruação, idade quando houve a primeira relação sexual, paridade, quantidade de parceiros sexuais, planejamento familiar, suporte familiar (Apêndice B).

- Versão brasileira do questionário de qualidade de vida SF-36 (2ª versão): com este questionário estruturado poder-se-á avaliar a qualidade de vida das pacientes em diversos domínios (Anexo A), os quais são divididos da seguinte forma:

- **Funcionamento Físico:** Pretende medir desde a limitação para executar atividades físicas menores, como tomar banho ou vestir-se, até às atividades mais exigentes, passando por atividades intermediárias como levantar ou carregar as compras da mercearia, subir lances de escadas ou andar uma determinada distancia (FERREIRA, 1998). Neste domínio, valores baixos indicam que a pessoa está com limitações na realização de todas as atividades físicas, incluindo tomar banho ou vestir-se, enquanto que valores elevados referem que a pessoa não tem limitações por razões de saúde, mesmo em atividades mais exigentes (WARE e colab., 1993);
- **Desempenho Físico:** mede a limitação em saúde devido a problemas físicos, ao tipo e à quantidade do trabalho realizado. Inclui a limitação no tipo usual de tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade de realizar as tarefas (FERREIRA, 1998), onde valores baixos indicam problemas com o trabalho ou outras atividades diárias em consequência da saúde física (WARE e colab., 1993);
- **Dor Corporal:** representa não só a intensidade e o desconforto causados pela dor, mas também a extensão da forma como interfere nas atividades usuais (FERREIRA, 1998). Valores baixos indicam dor muito intensa e extremamente limitativa, enquanto valores elevados indicam que a pessoa não apresenta dor ou limitação devido à dor (WARE e colab., 1993);
- **Desempenho Emocional:** mede a limitação em saúde devido a problemas emocionais, ao tipo e à quantidade do trabalho executado. Inclui a limitação no tipo usual de tarefas executadas, a necessidade de redução da quantidade de trabalho e a dificuldade de realizar as tarefas (FERREIRA, 1998), onde valores baixos indicam que a pessoa apresenta dificuldades com o trabalho ou outras atividades diárias como resultado de problemas emocionais (WARE e colab., 1993);
- **Saúde Geral:** pretende medir o conceito de percepção geral da saúde, incluindo não só a saúde atual, mas também a resistência à doença e a aparência saudável, tornando-se assim, menos redundante aos olhos dos responsáveis, relativamente às restantes perguntas (FERREIRA, 1998). Os valores baixos neste domínio indicam que a pessoa avalia a sua saúde como ruim e acredita que ela provavelmente vai piorar, enquanto valores elevados indicam que a pessoa avalia a sua saúde como excelente (WARE e colab., 1993);

- **Vitalidade:** inclui os níveis de energia e de fadiga. Esta escala permite captar melhor as diferenças de bem-estar. Valores baixos significam que a pessoa se sente cansada e exausta a maior parte do tempo e valores elevados indicam que a pessoa se sente animada e cheia de energia (WARE e colab., 1993);
- **Funcionamento Social:** pretende captar a quantidade e a qualidade das atividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades sociais do respondente (FERREIRA, 1998). Quando apresenta valores baixos indica que os problemas emocionais e físicos interferem de uma forma extrema e frequente com as atividades sociais normais (WARE e colab., 1993);
- **Saúde Mental:** inclui questões referentes a quatro das mais importantes dimensões da saúde mental, nomeadamente a ansiedade, a depressão, a perda de controle em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico (FERREIRA, 1998). Neste domínio, valores baixos indicam que a pessoa se encontra sempre nervosa e deprimida, enquanto valores elevados indicam que a pessoa se sente em paz, feliz e calma (WARE e colab., 1993).

- Versão brasileira da Mini-Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI 7.0.2): é um instrumento projetado como uma breve entrevista de diagnóstico estruturada para atender à necessidade de uma entrevista psiquiátrica estruturada curta, porém precisa, para ensaios clínicos multicêntricos e estudos epidemiológicos. É possível avaliar os 17 transtornos psiquiátricos mais comuns no DSM-5 e CID-10, bem como realizar a medição do escore de suicidalidade que auxilia na determinação do risco de suicídio dos indivíduos entrevistados neste questionário, onde elevados escores representam maior o risco de suicídio (Anexo B).

4.4 Aspectos éticos

A aprovação foi obtida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL sob número CAAE 35232720.7.0000.5013 (Anexo C).

4.5 Análise estatística

Os dados obtidos foram tabulados no programa Excel (Microsoft Office®) e transportados para o SPSS versão 27 para realização dos testes de associação descritas nos

objetivos. Foi realizada análise descritiva da amostra para obtenção das frequências, médias e mediana das variáveis. Na estatística inferencial, após a aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov, para a avaliação das variáveis não normais (menarca, quantidade de parceiros, paridade, funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, funcionamento social e desempenho emocional) utilizou-se do teste de Mann-Whitney e para as variáveis de dispersão normais (idade, sexarca, transformada em variável normal por logaritmo, estado geral da saúde e vitalidade) utilizou-se o teste t de student. Foi utilizado ainda o teste do qui-quadrado para avaliar a associação de variáveis nominais (procedência, renda familiar, escolaridade, estado civil, crença religiosa, suporte familiar e do pai do recém-nascido durante a gestação, gravidez planejada, pensamento em aborto, fez/faz uso de álcool e/ou drogas). Os resultados foram considerados significativos quando $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95%.

5 PRODUTO

1. *Impact of COVID-19 pandemic on the mental health and quality of life of high-risk pregnant women attended at a reference center in northeastern Brazil*, submetido segundo as normas da revista Brazilian Journal of Psychiatry (Anexo D).

5.1 Impact of COVID-19 pandemic on the mental health and quality of life of high-risk pregnant women attended at a reference center in northeastern Brazil.

ABSTRACT

Objective: Evaluate the association of mental disorders in the mental health and quality of life of high-risk postpartum patients attended at the Obstetrics Service of the Professor Alberto Antunes University Hospital during the COVID-19 pandemic. **Methods:** Cross-sectional study, with 51 women up to 48 hours postpartum admitted at the obstetrics service. Three instruments were used: form to investigate socioeconomic aspects, SF-36 quality of life questionnaire and the international neuropsychiatric mini-interview version 7.0.2. **Results:** The mean age was 28.61 years (SD \pm 6.49). A lifetime prevalence of 27.5% of mental disorders was identified, with major depression predominating as the main diagnosis in 23.5%, while suicidal ideation was present in 7.8%, and attempted suicide in 3.9%, which is associated with higher scores for suicide risk, as well as the presence of any mental disorder throughout life. Regarding quality-of-life scores, there was a significant association between patients with a current depressive episode and lower scores for physical functioning, physical performance, body pain, vitality, mental health, and general health status. **Conclusion:** More than a quarter of the sample had some mental disorder throughout life and there was an association of lower scores in several quality-of-life domains in patients with a current depressive episode.

Keywords: depression; suicide risk; quality of life; high-risk pregnancy.

INTRODUCTION

The COVID-19 pandemic already demonstrates in studies the influence on mental health(1) and health care in general, either by the fear caused by the pathology itself and the life risks inherent to it or by the need for social isolation as an important measure to prevent contagion and decrease the rate of transmissibility. As a way of trying to minimize contamination by SARS-COV-2, authorities in several countries have directed people to avoid leaving home and crowding, as well as intensifying hygiene habits and respiratory etiquette, isolation of suspected and confirmed cases, and social distancing, with an emphasis on risk groups. Such situations of distancing and social isolation have led many people to face situations of fear and anxiety, in addition to financial problems resulting from the increase in unemployment and the closure of sectors of the so-called non-essential(1), which may potentiate other risk factors for mental disorders, especially in the most vulnerable population(1). There is also an increase in cases of domestic violence for several reasons, such as increased economic stress, disaster-related instability, increased exposure to abusive relationships and reduced external support in the face of blocking measures, thus providing an increase in the incidence of mental disorders(3,4).

Pregnant women were included as the population most susceptible to COVID-19 due to several aspects, especially those who have other diseases associated with the pregnancy. Pregnancy and the puerperium are times when women usually need great family support to face in a healthy and natural way the changes that the period confers on pregnant women, being this period determining for the future health of women and children(15). Several studies document maternal psycho-emotional vulnerability during catastrophic events(16). Traumas, terrorist attacks and natural and man-made disasters (e.g., earthquakes, tsunamis and Chernobyl) were predictors of symptoms of postpartum depression for mothers in the general population(16,17). Therefore, it is essential to identify its impact on pregnant women and postpartum women, since this population group has greater susceptibility to mental disorders due to changes in the pregnancy-puerperal cycle and may increase the incidence or worsening of pathologies amid the impacts of the pandemic. There are few studies to date that describe associations in this context of the pandemic in pregnant and postpartum women, and it is necessary to deepen through scientific research.

Perinatal depression is defined as a nonpsychotic depressive episode of mild to severe severity that occurs during pregnancy or up to 12 months postpartum(5,6). Pregnancy is a major event in life that is inevitably accompanied by social, psychological and hormonal

changes and such changes can trigger depressive episodes with serious implications for maternal and infant outcomes(7). The prevalence of depression before childbirth varies between 7% and 15% in developed countries(8) and 19 to 25% in underdeveloped or developing countries(9). Considering postpartum depression, the prevalence among women living in high-income countries is approximately 10% and 20% for women in low- and middle-income countries(9).

Meta-analyses show that the combined estimates for major and lower prevalence depression ranged from 6.5% to 12.9% and for major depression ranged from 1.0 to 5.6% in different trimesters of pregnancy and months in the first year postpartum; it was also identified that 19.2% of the women present a depressive episode during the first 3 months after delivery(8). When related to the pandemic by COVID-19, there was a positive association with increased risk of anxiety and depression(10,11), where there are indications of a higher prevalence of mental disorders such as anxiety, depression, anxiety, psychological stress and insomnia, with percentages of 37% (95% CI 25-49%), 31% (95% CI 20-42%), 70% (95% CI 60-79%) and 49% (95% CI 46-52%), respectively(10).

The high prevalence of perinatal depression is influenced by risk factors, including increased somatic symptoms, exposure to intimate partner violence, little social support and unwanted pregnancy(12). Prepartum depression has been associated with negative health behaviors and adverse outcomes, including malnutrition, increased substance use, inadequate prenatal care, preeclampsia, low birth weight, premature delivery, postpartum depression and suicide(12,13). Women suffering from prepartum depression often continue to present depressive symptoms in the postpartum period, and more than 54% of those suffering from postpartum depression report depressive episodes before or during pregnancy(12). Prepartum depression in low- and medium-socioeconomic countries remains poorly recognized and untreated, partly because higher priority has been given to preventing deaths related to obstetric complications(5). Untreated antepartum depression is worrisome due to its association with postpartum depression and poor physical and neurocognitive outcomes in child development(14).

Therefore, a time of emotional and socioeconomic difficulties, such as the pandemic currently experienced, can directly reflect on the mental health and quality of life of these pregnant women and puerperal women. Even in pregnancies without complications, physiological changes can affect the quality of life of pregnant women, especially in the domains of physical activity and pain(18), gradually worsening with the passage of pregnancy(19). In addition, the psychiatric and social conditions aggravated by the pandemic,

especially domestic violence and decreased purchasing power, promote the worsening of quality of life observed by standardized questionnaires for this purpose(20,21).

We also highlight that, in its most recent global study on suicide, WHO reported that in 2019 more than 700,000 died by suicide worldwide. Among young people aged 15 to 29, suicide was the fourth leading cause of death after traffic accidents, tuberculosis, and interpersonal violence. More men die from suicide than women (12.6 per 100,000 men compared to 5.4 per 100,000 women), and suicide rates among men are generally higher in high-income countries (16.5 per 100,000), while women, the highest suicide rates are found in low-middle-income countries (7.1 per 100,000)(22). This organization speculates that, with the pandemic by COVID-19, the greater presence of risk factors for suicide, such as job loss, financial distress, and social isolation, may worsen these statistics.

Therefore, the effect of stress and economic recession caused by COVID-19 on pregnant and postpartum women cannot be ignored, generating concern about the possibility of increased risk, already inherent to the gestational and puerperal period, of psychiatric disorders. The main objective is to study the association of mental health and quality of life of high-risk postpartum patients treated at the high-risk obstetrics service of the Professor Alberto Antunes University Hospital (HUPAA/UFAL) during the pandemic by COVID-19.

METHODS

This is a cross-sectional study with data collection conducted between September and November 2020 and between May and July 2021 in the Obstetric Clinic Sector of the Prof. Alberto Antunes University Hospital of the Federal University of Alagoas (HUPAA/UFAL). We considered a prevalence of 30% of the presence of mental disorders, with a significance level of 95%, reaching a minimum sample of 36 (thirty-six) patients. 95 (ninety-five) postpartum women were verbally summoned. Of these, 54 (fifty-four) agreed to participate in the research, 01 (one) withdrew the term during the interview and 02 (two) were excluded because they were twin pregnancies, totaling a final sample of 51 (fifty-one) participants, where the inclusion criteria were volunteer puerperal women hospitalized in the Obstetric Clinic Sector of HUPAA/UFAL; have undergoing prenatal follow-up with a minimum of one consultation per trimester, regardless of the institution; age 18 years or older; categorized as high pregnancy due to any morbidity identified at the time of hospitalization; exclusion criteria were cognitive or intellectual deficit that makes it

incapable of understanding the research questionnaires, and withdrawal of the free and informed consent form.

The application of the instruments, either by anamnesis and interview, was performed by the researchers in a reserved environment, following the guidelines of the Ministry of Health of Brazil to avoid contamination by the new coronavirus, such as the use of masks, face shields, safe distancing of 2 meters between individuals and regular use of alcohol in gel for hand hygiene. These instruments are described below:

- Sociodemographic questionnaire and prenatal data: an instrument developed exclusively for this study, where we will have the collection of data on age, origin, profession, family income, education, marital status, religion, age when the first menstruation occurred, age when there was the first sexual intercourse, parity, number of sexual partners, family planning, family support.
- Brazilian version of the Quality-of-Life questionnaire SF-36 (2nd version): with this structured questionnaire it was possible to evaluate the quality of life of patients in several domains (physical functioning, physical performance, body pain, emotional performance, general health, vitality, social functioning, and mental health).
- Brazilian version of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI 7.0.2): it is an instrument designed as a brief structured diagnostic interview to meet the need for a short but accurate structured psychiatric interview for multicenter clinical trials and epidemiological studies. It is possible to evaluate the 17 most common psychiatric disorders in the DSM-5 and ICD-10, as well as to measure the suicide score that helps in determining the suicide risk of the individuals interviewed in this questionnaire, where high scores represent a higher risk of suicide.

The data obtained were tabulated in Excel (Microsoft Office®) and transported to SPSS version 27 to perform the association tests described in the objectives. Descriptive analysis of the sample was performed to obtain the frequencies, means and median of the variables. In the inferential statistics, after the application of the Kolmogorov-Smirnov normality test, for the evaluation of non-normal variables (menarche, number of partners, parity, physical functioning, physical performance, body pain, social functioning, and emotional performance) the Mann-Whitney test was used and for the variables of normal dispersion (age, sexarche, transformed into a normal variable by logarithm, general health status and vitality) the student's t-test was used. The chi-square test was also used to evaluate the association of nominal variables (origin, family income, education, marital status,

religious belief, family support and the newborn's father during pregnancy, planned pregnancy, thought in abortion, alcohol and/or drugs). The results were considered significant when $p < 0.05$ and 95% confidence interval.

RESULTS

The sociodemographic profile and personal antecedents presented in tables 1 and 2 show homogeneity of the sample when compared groups with the presence and absence of any mental disorder throughout life, except for family support during pregnancy and in the thought of abortion. The age of the mothers ranged from 18 to 44 years, obtaining an average in this sample of 28.61 years (SD ± 6.49), menarche occurred on average at 12.67 years (SD ± 1.49) and sexarche occurred on average at 17.12 years (SD ± 2.79). Regarding the number of sexual partners, the mean was 2.10 (SD ± 1.22) and parity was 2.10 children (SD ± 1.20), with no statistical difference between the groups. 28 patients (54.9%) lives in the capital or regions near the reference center of the care, 43 patients (84.3%) have a family income below 03 minimum wages, considered in this research as a factor of social vulnerability. In terms of education, marital status, and religious belief, 32 (62.7%) had a complete or lower elementary level, 44 (86.3%) reported having a partner and 44 (86.3%) defined having religious belief. In matters related to the support of the newborn's father, planning of current pregnancy, alcohol use and drug use, there was no statistical difference between groups with or without mental disorder throughout life, where 50 patients (98%) reported having support from the newborn's father, 33 patients (64.7%) did not plan the pregnancy, 29 (56.9%) denied alcohol use and 49 (95.2%) denied drug use. When asked about family support during pregnancy, 4 patients (7.8%) reported not having such support, 3 of them belonging to the group with mental disorder throughout life, corresponding to 21.4% of this group, while only 1 patient belonging to the group without mental disorder, corresponding to 2.7% ($p = 0.026$). When asked about the thought of aborting in this pregnancy, a statistical difference was also obtained between the groups compared, where 4 patients (7.8%) reported a positive response in this theme, 3 (21.4%) of them belonging to the group with mental disorder and 1 (2.7%) belonging to the group without mental disorder throughout life ($p = 0.026$).

The presence of at least one mental disorder throughout life occurred in 27.5% of the sample, the most frequent being major depressive disorder (23.5%). Bipolar disorder, alcohol use disorder, mood disorder with psychotic symptoms, panic disorder and nervous

anorexia were also identified in at least 1 postpartum woman (2.0%), in addition to suicidal behavior disorder in 3.9% of the sample. The presence of two mental disorders throughout life was identified in 5.9% of the sample.

The results of the associations of mental disorders identified in this sample with the suicide score are shown in table 3. The presence of at least one mental disorder throughout life presented an average of 12.36 (SD \pm 29.39, $p < 0.001$), demonstrating itself as a risk factor for higher values in this score. The presence of active suicidal ideation with a mean of 41.25 (SD \pm 28.69, $p < 0.001$), history of suicide attempt with a mean of 4.00 (SD 0.000, $p = 0.039$) and bipolar disorder with an average of 84.00 (SD N/A, $p = 0.039$) also showed association with higher suicide scores, however, those that met criteria for current depressive episode, including those diagnosed with bipolar disorder, for alcohol use disorder and for mood disorder with psychotic symptoms, scored on this score with means of 17.25 (SD \pm 29.68, $p = 0.153$), 4.00 (SD N/A, $p = 0.196$) and 27.00 (SD N/A, $p = 0.118$), respectively, but without statistical significance for association. There was no suicide score of those diagnosed with nervous anorexia or panic disorder throughout life.

Regarding quality of life, the various domains had their means scored and then associated according to the presence of current depressive episode (table 4). The domains of Physical Functioning, Physical Performance, Body Pain, Vitality, Mental Health and General Health State presented lower mean scores for the group with current depressive episode in the amount of 69.38 (SD \pm 20.60, $p = 0.010$), 12.50 (SD \pm 35.36, $p = 0.018$), 38.25 (SD \pm 32.57, $p = 0.020$), 42.50 (SD \pm 23.60, $p = 0.010$), 43.00 (SD \pm 27.69, $p = 0.002$) and 46.13 (SD \pm 21.12, $p < 0.001$), respectively. The domains of Social Functioning and Emotional Performance also presented lower scores for the group with current depressive episode, however, there was no statistical significance, making the mean values in 64.06 (SD \pm 31.65, $p = 0.059$) and 54.17 (SD \pm 46.93, $p = 0.313$), respectively.

DISCUSSION

Pregnancy can be a stressful time for many pregnant(23) however, the COVID-19 crisis is adding a new layer of concern about how the pandemic will affect the birth of their baby. Postpartum depression is the result of a dynamic interaction between biological, psychological and social risk factors(5,6) all of which can be amplified during the current pandemic(24) exposure to COVID-19, combined with physical distancing and containment

recommendations, can adversely affect the thoughts, emotions and functioning of new mothers, thus worsening depressive symptoms.

Psychiatric disorders with onset before or during pregnancy were identified in 27.5% of the sample with at least one mental disorder, is compatible with meta-analysis demonstrating an average prevalence of 18.59%(5). There was a predominance of the diagnosis of major depressive disorder (23.5%), presenting a convergence with current references that show prevalence of depression around 19 to 25%(9) lower incidence of the current depressive episode, making up 15.7% of the sample, where we generally have a prevalence of 19.2%(8,9).

In a previous study conducted by this group, with a similar sample in sociodemographic aspects, a frequency of 42% of psychiatric morbidity was identified, where 10% of the sample had two or more diagnoses and 20% had a current depressive(25). It is speculated that, in view of the verbal approach, a portion of patients with current depressive state may have refused to participate in the research after explaining the content of the study, since we obtained a rejection of the invitation of about 44%.

This study also reinforces the statistics that suicidal ideation, history of suicide attempt and the presence of some mental disorder throughout life are risk factors for suicide risk, because such conditions presented higher suicidality scores when compared to patients without these diagnoses by MINI 7.0.2(25,26). Suicidal behavior can negatively impact not only the life of the mother, but also the baby and all family members. The results mentioned show how psychiatric disorders, especially active suicidal ideation, history of suicide attempt and bipolar disorder, are related to the increased risk of suicide in the gestational period, in our sample. Although there was no statistical correlation in our study, the relationship between the increased risk of suicide with depressive disorder and current depressive episode is already well established(27,28).

Lower quality of life scores were found in all domains in the group with current depressive episode and in the group with a history of mental disorder throughout life (current or past), highlighting the statistical relevance in the domains of physical functioning, physical performance, body pain, vitality, mental health and general health status, validating the influence of the current depressive episode on the quality of life of postpartum women, representing lower quality of life related to their health of the population studied in the various aspects evaluated.

Compared to the general population, the quality-of-life of pregnant women is generally lower than in those who are not pregnant, especially in the aspects of physical

functioning, physical performance and body pain(18). However, the presence of symptoms of depression, anxiety and stress are factors that have a strong negative impact on the quality of life of pregnant women, as well as sexual and domestic violence and the experience of life-threatening events(18,21). Therefore, it is assumed that pregnant and postpartum women represent a vulnerable population that needs to be carefully monitored to minimize postpartum mental dysfunction. Mental health interventions should be carried out immediately to prevent the deterioration of maternal psychological health, which is aggravated by the more intense social restraint of those reported in previous natural disasters(16,17).

Despite the limitations of our study, such as being a cross-sectional study that does not allow to conclude about cause-effect relationships, having a small sample, not determining each medical condition that led to the classification of pregnancy as high risk and without control group, it can be observed that during the pandemic, in the immediate puerperium of high-risk pregnancies, there was an increased prevalence of major depressive disorder, followed by active suicidal ideation. The current depressive condition was statistically significant with lower scores in six of the eight domains surveyed by the SF-36 questionnaire applied in this study, although lower scores were shown in all domains, thus finding a worse quality of life for women affected by the disorder. It reinforces the concept that the presence of at least one mental disorder throughout life is associated with higher suicide scores, although it did not obtain this same statistical association in relation to the current depressive episode.

Therefore, prenatal and peripartum health teams need to be attentive during this period of frailty of women to detect psychiatric disorders early, to maintain the quality of life of the mother and, consequently for her child, promoting, as soon as possible, the appropriate procedures to treat modifiable risk factors. It is also important to avoid adverse psychological conditions in the future mother that can precipitate suicidal behaviors that can jeopardize the viability of pregnancy and life.

Research funding: None declared.

Author contributions: All authors have accepted responsibility for the entire content of this manuscript and approved its submission.

Competing interests: Authors state no conflict of interest.

Informed consent: Informed consent was obtained from all individuals included in this study.

Ethical approval: Formal ethics approval for this study was obtained from the organizational Research Ethics Committee of Federal University of Alagoas, Brazil, where this study was undertaken, under number 35232720.7.0000.5013.

Table 1 - Sociodemographic characteristics described according to the presence or absence of mental disorder.

Sociodemographic characteristics	General Sample N=51	Absence of mental disorder N=37	Presence of mental disorder N=14	Statistical analysis	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		<i>p</i>
<i>Age</i>	28.61 (6,49)	28.49 (6,80)	28.93 (5,83)	$t = -0.215$ $CI = -4,580 - 3,696$	0.831
	N (%)	N (%)	N (%)		
<i>Housing</i>					
Near the Reference Center	28 (54.9)	18 (48.6)	5 (35.7)	$X^2 = 0.686$	0.407
Far from the Reference Center	23 (45.1)	19 (51.4)	9 (64.3)		
<i>Family Income</i>					
Less than 3 minimum wages	43 (84.3)	32 (86.5)	11 (78.6)	$X^2 = 0.481$	0.488
Greater than or equal to 3 minimum wages	8 (15.7)	5 (13.5)	3 (21.4)		
<i>Schooling</i>					
Full fundamental level or below	32 (62.7)	24 (64.9)	8 (57.1)	$X^2 = 0.259$	0.611
Full average level or above	19 (37.3)	13 (35.1)	6 (42.9)		
<i>Marital Status</i>					
Single/No Companion	7 (13.7)	6 (16.2)	1 (7.1)	$X^2 = 0.706$	0.401
Stable Union/Married/With Companion	44 (86.3)	31 (83.8)	13 (92.9)		
<i>Religious Belief</i>					
No	7 (13.7)	5 (13.5)	2 (14.3)	$X^2 = 0.005$	0.943
Yes	44 (86.3)	32 (86.5)	12 (85.7)		

t: Student's t test; X^2 : Chi-square test.

Table 2 - Personal and obstetrics features described according to the presence or absence of mental disorder.

Personal History	General Sample N=51	Absence of mental disorder N=37	Presence of mental disorder N=14	Statistical analysis	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		<i>p</i>
<i>Menarche</i>	12.67 (1.49)	12.78 (1.29)	12.36 (1.94)	U = 207.000	0.259
<i>Sexarche</i>	17.12 (2.79)	17.46 (2.88)	16.21 (2.42)	t = 1.466 IC = -0.01157 - 0.07400	0.149
<i>Number of Partners</i>	2.10 (1.22)	1.97 (1.06)	2.44 (1.55)	U = 296.5	0.404
<i>Parity</i>	2.10 (1.20)	2.00 (1.10)	2.36 (1.44)	U = 288.0	0.520
	N (%)	N (%)	N (%)		
<i>Family Support during Pregnancy</i>					
No	4 (7.8)	1 (2.7)	3 (21.4)	X ² = 4.927	0.026*
Yes	47 (92.2)	36 (97.3)	11 (78.6)		
<i>Support of the Father of the NB in Pregnancy</i>					
No	1 (2.0)	1 (2.7)	0 (0)	X ² = 0.386	0.534
Yes	50 (98.0)	36 (97.3)	14 (100)		
<i>Planned Pregnancy</i>					
No	33 (64.7)	25 (67.6)	8 (57.1)	X ² = 0.483	0.487
Yes	18 (35.3)	12 (32.4)	6 (42.9)		
<i>Thought about aborting</i>					
No	47 (92.2)	36 (97.3)	11 (78.6)	X ² = 4.927	0.026*
Yes	4 (7.8)	1 (2.7)	3 (21.4)		
<i>Use Alcohol (past or current)</i>					
No	29 (56.9)	21 (56.8)	8 (57.1)	X ² = 0.001	0.980
Yes	22 (43.1)	16 (43.2)	6 (42.9)		
<i>Use drugs (past or current)</i>					
No	49 (95.2)	35 (94.6)	14 (100)	X ² = 0.788	0.375
Yes	2 (4.8)	2 (5.4)	0 (0)		

*: $p < 0.05$; t: Student's t test; U: Mann-Whitney test; X²: chi-square test; CI: confidence interval

Table 3 - Frequency of mental disorders, suicidal ideation and suicide attempt and association with suicide score of the MINI 7.0.2 questionnaire.

MINI 7.0.2	General Sample (n=51)	Suicide score	Statistical analysis	
	N (%)	M (SD)	U	p
<i>Presence of at least one Lifelong Mental Disorder</i>	14 (27.5)	12.36 (23.48)	370.000	<001*
<i>Presence of two Lifelong Mental Disorders</i>	3 (5.9)	1.33 (2.31)	86.500	0.581
<i>Major Depressive Disorder</i>	11 (23.5)	5.27 (10.96)	299.500	0.082
<i>Current Depressive Episode</i>	8 (15.7)	17.25 (29.68)	228.000	0.153
<i>Bipolar Disorder</i>	1 (2.0)	84.00 (N/A)	50.000	0.039*
<i>Alcohol Use Disorder</i>	1 (2.0)	4.00 (N/A)	45.500	0.196
<i>Mood Disorder with Psychotic Symptoms</i>	1 (2.0)	27.00 (N/A)	48.000	0.118
<i>Active Suicidal Ideation</i>	4 (7.8)	41.25 (28.69)	188.000	<001*
<i>History of Suicide Attempt</i>	2 (3.9)	4 (0.00)	90.000	0.039*

*: p < 0.05; U: Mann-Whitney test; N/A: not applicable

Table 4 - Association of current depressive episode with the scores of the quality-of-life domains of the SF-36 questionnaire.

Domains of the Quality-of-Life Questionnaire SF-36	General Sample (n=51)	Absence of current mental disorder (n=43)	Current Depressive Episode (n=8)	Statistical analysis	
	M (SD)	M (SD)	M (SD)		p
<i>Physical Functioning</i>	86.57 (18.48)	89.77 (16.40)	69.38 (20.60)	U = 75.000	0.010*
<i>Physical Performance</i>	43.14 (42.45)	48.84 (41.53)	12.50 (35.36)	U = 82.000	0.018*
<i>Body Pain</i>	61.82 (29.07)	66.21 (26.59)	38.25 (32.57)	U = 83.000	0.020*
<i>Vitality</i>	60.20 (21.49)	63.49 (19.66)	42.50 (23.60)	t = 2.690 CI = 5.306 – 36.670	0.010*
<i>Social Functioning</i>	81.86 (23.76)	85.17 (20.82)	64.06 (31.65)	U = 99.500	0.059
<i>Emotional Performance</i>	66.01 (41.36)	68.22 (40.47)	54.17 (46.93)	U = 132.000	0.313
<i>Mental Health</i>	71.37 (22.80)	76.65 (17.59)	43.00 (27.69)	U = 55.000	0.002*
<i>General State of Health</i>	66.43 (19.17)	70.31 (16.46)	46.13 (21.12)	t = 3.642 CI = 10.795 – 37.374	< 001*

*: p < 0.05; t: Student's t test; U: Mann-Whitney test; CI: confidence interval

REFERENCES

1. Nicola M, Alsafi Z, Sohrabi C, Kerwan A, Al-Jabir A, Iosifidis C, et al. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *Int J Surg* [Internet]. 2020;78(March):185–93. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.04.018>
2. Araujo IM, Lopes LP, Cruz CM. Caracterização sistemática da resposta imune à infecção por *Candida*. *Brazilian J Heal Rev*. 2020;3(2):3788–803.
3. Ryeane GA, Purandare NC, McAuliffe FM, Hod M, Purandare CN. Clinical update on COVID-19 in pregnancy: A review article. *J Obstet Gynaecol Res*. 2020;
4. Onwuzurike C, Meadows AR, Nour NM. Examining Inequities Associated With Changes in Obstetric and Gynecologic Care Delivery During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Obstet Gynecol*. 2020;Publish Ah(00):1–5.
5. Fisher J, de Mello MC, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: A systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012;90(2):139–49.
6. Kendig S, Keats JP, Hoffman MC, Kay LB, Miller ES, Moore Simas TA, et al. Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety. *JOGNN - J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2017 Mar 1;46(2):272–81.
7. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav Dev*. 2006;29(3):445–55.
8. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(10):1012–24.
9. Serati M, Carnevali G. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Clin Cases Psychiatry Integr Transl Neurosci Approaches*. 2018;106(5):155–70.
10. Wang F, Huang M, Wang Y, Guo W, Yan H, Ding Y. Mental Health of Pregnant and Postpartum Women During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Artic 617001 Psychol* [Internet]. 2020;11:617001. Available from: www.frontiersin.org
11. Hessami K, Romanelli C, Chiurazzi M, Cozzolino M. COVID-19 pandemic and maternal mental health: a systematic review and meta-analysis. [cited 2021 Aug 22];

Available from:

<https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=ijmf20>

12. Stewart DE, Robertson E, Phil M, Dennis C, Grace SL, Wallington T. Postpartum Depression: Literature review of risk factors and interventions. WHO Publ [Internet]. 2003;(October):289. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf
13. de Oliveira ACM, Pereira LA, Ferreira RC, Clemente APG. Maternal nutritional status and its association with birth weight in high-risk pregnancies. *Cienc e Saude Coletiva*. 2018;23(7):2373–82.
14. Davalos DB, Yadon CA, Tregellas HC. Untreated prenatal maternal depression and the potential risks to offspring: A review. *Arch Womens Ment Health*. 2012;15(1):1–14.
15. Most J, Dervis S, Haman F, Adamo KB, Redman LM. Energy intake requirements in pregnancy. *Nutrients*. 2019;11(8).
16. Fatema SR, Islam MS, East L, Usher K. Women’s health-related vulnerabilities in natural disasters: A systematic review protocol. *BMJ Open*. 2019;9(12):1–5.
17. Brooks SK, Webster RK, Smith LE. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;(395):912–20.
18. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S, et al. Factors influencing the quality of life of pregnant women: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):1–14.
19. Schubert KO, Air T, Clark SR, Grzeskowiak LE, Miller E, Dekker GA, et al. Trajectories of anxiety and health related quality of life during pregnancy. *PLoS One*. 2017;12(7):1–14.
20. Gharacheh M, Azadi S, Mohammadi N, Montazeri S, Khalajinia Z. Domestic Violence During Pregnancy and Women’s Health-Related Quality of Life. *Glob J Health Sci*. 2015;8(2):27–34.
21. Tavoli Z, Tavoli A, Amirpour R, Hosseini R, Montazeri A. Quality of life in women who were exposed to domestic violence during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2016;16(1):1–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0810-6>
22. World Health Organization (WHO). Suicide worldwide in 2019: global health estimates. 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

23. Coussons-Read ME. Effects of prenatal stress on pregnancy and human development: Mechanisms and pathways. Vol. 6, *Obstetric Medicine*. 2013. p. 52–7.
24. de Sousa AFL, Carvalho HEF de, Oliveira LB de, Schneider G, Camargo ELS, Watanabe E, et al. Effects of Covid-19 Infection During Pregnancy and Neonatal Prognosis: What Is the Evidence? [Internet]. *International Journal of Environmental Research and Public Health Review*. 2020. Available from: <http://medrxiv.org/content/early/2020/04/22/2020.04.17.20069435.abstract>
25. De-Melo-Neto VL, De-Moraes TRS, Ferreira LMB, Nardi AE. Prevalence of psychiatric disorders and Suicidality during immediate post partum period. 2012;
26. Martini J, Bauer M, Lewitzka U, Voss C, Pfennig A, Ritter D, et al. Predictors and outcomes of suicidal ideation during peripartum period. *J Affect Disord*. 2019;257(July):518–26.
27. Orsolini L, Valchera A, Vecchiotti R, Tomasetti C, Iasevoli F, Fornaro M, et al. Suicide during perinatal period: Epidemiology, risk factors, and clinical correlates. Vol. 7, *Frontiers in Psychiatry*. Frontiers Media S.A.; 2016.
28. Mikšić Š, Miškulin M, Juranić B, Rakošec Ž, Včev A, Degmečić D. Depression and suicidality during pregnancy. *Psychiatr Danub*. 2018;30(1):85–90.

6 CONCLUSÕES

Durante a pandemia, no puerpério imediato de gestações de alto risco, constatou-se prevalência aumentada de transtorno depressivo maior, seguido da ideação suicida ativa. O risco de suicídio apresentou-se em 7,8% da amostra. O quadro depressivo atual associou-se estatisticamente significativa com menores escores em seis dos oito domínios pesquisados pelo questionário SF-36 aplicado neste estudo, apesar de demonstrado escores mais baixos em todos os domínios, constatando assim pior qualidade de vida para as mulheres afetadas pelo transtorno. Reforça-se o conceito de que a presença de pelo menos um transtorno mental ao longo da vida está associado a maiores escores de suicidalidade, apesar de não ter obtido esta mesma associação estatística em relação ao episódio depressivo atual.

7 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

Este estudo reforça as atuais estatísticas sobre influência dos transtornos mentais na qualidade de vida e no risco de suicídio de mulheres gestantes, fato este evidenciado pelos menores escores nos domínios avaliados da qualidade de vida e maiores escores de suicidalidade. O comportamento suicida pode impactar negativamente não apenas a vida da mãe, mas também do bebê e de todos os membros da família. Apesar das limitações do nosso estudo, como ser um estudo transversal que não permite concluir sobre as relações de causa-efeito, ter uma amostra pequena, não determinar cada condição médica que levou à classificação da gravidez como de alto risco e sem grupo controle, os resultados citados mostram como os transtornos psiquiátricos, principalmente a ideação suicida ativa, histórico de tentativa de suicídio e o transtorno bipolar, estão relacionados ao aumento do risco de suicídio no período gestacional, em nossa amostra.

Portanto, as equipes de saúde de pré-natal e da assistência periparto precisam estar atentas durante esse período de fragilidade da mulher para detectar os transtornos psiquiátricos de modo precoce, com intuito de manter da qualidade de vida da mãe e, conseqüentemente para seu filho, promovendo, o quanto antes, os procedimentos adequados para tratar os fatores de risco modificáveis. Também é importante evitar na futura mãe condições psicológicas adversas que podem precipitar comportamentos suicidas que podem colocar em risco a viabilidade da gravidez e de sua vida.

REFERÊNCIAS

- BROOKS, Samantha K e WEBSTER, Rebecca K e SMITH, Louise E. **The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence**. *Lancet*, n. 395, p. 912–20, 2020.
- COUSSONS-READ, Mary E. **Effects of prenatal stress on pregnancy and human development: Mechanisms and pathways**. *Obstetric Medicine*. [S.l: s.n.], 2013
- CUCINOTTA, Domenico e VANELLI, Maurizio. **WHO declares COVID-19 a pandemic**. *Acta Biomedica*, v. 91, n. 1, p. 157–160, 2020.
- DAVALOS, Deana B. e YADON, Carly A. e TREGELLAS, Hope C. **Untreated prenatal maternal depression and the potential risks to offspring: A review**. *Archives of Women's Mental Health*, v. 15, n. 1, p. 1–14, 2012.
- DE-MELO-NETO, Valfrido Leão e colab. **Prevalence of psychiatric disorders and Suicidality during immediate post partum period**. 2012.
- DE OLIVEIRA, Alane Cabral Menezes e colab. **Maternal nutritional status and its association with birth weight in high-risk pregnancies**. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 23, n. 7, p. 2373–2382, 2018.
- DE SOUSA, Alvaro Francisco Lopes e colab. **Effects of Covid-19 Infection During Pregnancy and Neonatal Prognosis: What Is the Evidence?** *International Journal of Environmental Research and Public Health Review*. [S.l: s.n.], 2020. Disponível em: <<http://medrxiv.org/content/early/2020/04/22/2020.04.17.20069435.abstract>>.
- FATEMA, Syadani Riyad e colab. **Women's health-related vulnerabilities in natural disasters: A systematic review protocol**. *BMJ Open*, v. 9, n. 12, p. 1–5, 2019.
- FERREIRA, Pedro. **A medição do estado de saúde: criação da versão portuguesa do MOS SF-36**. 1 Jan 1998.
- FIELD, Tiffany e DIEGO, Miguel e HERNANDEZ-REIF, Maria. **Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review**. *Infant Behavior and Development*, v. 29, n. 3, p. 445–455, 2006.
- FISHER, Jane e colab. **Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: A systematic review**. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 90, n. 2, p. 139–149, 2012.
- GHARACHEH, Maryam e colab. **Domestic Violence During Pregnancy and Women's Health-Related Quality of Life**. *Global journal of health science*, v. 8, n. 2, p. 27–34,

2015.

GROTE, Nancy K. e colab. **A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction.** Archives of General Psychiatry, v. 67, n. 10, p. 1012–1024, 2010.

HESSAMI, Kamran e colab. **COVID-19 pandemic and maternal mental health: a systematic review and meta-analysis.** [S.d.]. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=ijmf20>>. Acesso em: 22 ago 2021.

KENDIG, Susan e colab. **Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety.** JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, v. 46, n. 2, p. 272–281, 1 Mar 2017.

LAGADEC, Nolwenn e colab. **Factors influencing the quality of life of pregnant women: A systematic review.** BMC Pregnancy and Childbirth, v. 18, n. 1, p. 1–14, 2018.

MARTINI, Julia e colab. **Predictors and outcomes of suicidal ideation during peripartum period.** Journal of Affective Disorders, v. 257, n. July, p. 518–526, 2019.

MIKŠIĆ, Štefica e colab. **Depression and suicidality during pregnancy.** Psychiatria Danubina, v. 30, n. 1, p. 85–90, 2018.

MOST, Jasper e colab. **Energy intake requirements in pregnancy.** Nutrients, v. 11, n. 8, 2019.

NICOLA, Maria e colab. **The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review.** International Journal of Surgery, v. 78, n. March, p. 185–193, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.04.018>>.

NISHIURA, Hiroshi e colab. **The Extent of Transmission of Novel Coronavirus in Wuhan, China, 2020.** Journal of Clinical Medicine, v. 9, n. 2, p. 330, 2020.

ONWUZURIKE, Chiamaka e MEADOWS, Audra R. e NOUR, Nawal M. **Examining Inequities Associated With Changes in Obstetric and Gynecologic Care Delivery During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic.** Obstetrics & Gynecology, v. Publish Ah, n. 00, p. 1–5, 2020.

ORSOLINI, Laura e colab. **Suicide during perinatal period: Epidemiology, risk factors, and clinical correlates.** Frontiers in Psychiatry. [S.l.]: Frontiers Media S.A. , 12 Ago 2016

RYEAN, Gillian A. e colab. **Clinical update on COVID-19 in pregnancy: A review article.** Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 2020.

SCHUBERT, K. Oliver e colab. **Trajectories of anxiety and health related quality of life during pregnancy.** PLoS ONE, v. 12, n. 7, p. 1–14, 2017.

SERATI, Marta e CARNEVALI, Greta. **Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence**. *Clinical Cases in Psychiatry: Integrating Translational Neuroscience Approaches*, v. 106, n. 5, p. 155–170, 2018.

STEWART, Donna E e colab. **Postpartum Depression: Literature review of risk factors and interventions**. WHO publication, n. October, p. 289, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf>.

TAVOLI, Zahra e colab. **Quality of life in women who were exposed to domestic violence during pregnancy**. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 16, n. 1, p. 1–7, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0810-6>>.

WANG, Fushun e colab. **Mental Health of Pregnant and Postpartum Women During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis**. Article 617001. *Psychol*, v. 11, p. 617001, 2020. Disponível em: <www.frontiersin.org>.

WARE, John e colab. **SF36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide**. Lincoln, RI: Quality Metric, Inc, 1993, v. 30, 1 Jan 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Suicide worldwide in 2019: global health estimates**. [S.l.: s.n.], 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa **IMPACTO DA PANDEMIA PELA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL E NO ESTADO NUTRICIONAL DE GESTANTES DE ALTO RISCO ATENDIDAS NO HUPAA/UFAL**, dos pesquisadores MICHELLE JACINTHA CAVALCANTE OLIVEIRA (Orientadora – Pesquisadora Principal), CRISTIANE MONTEIRO DA CRUZ (Co-orientadora), JULIANA CÉLIA DE FARIAS SANTOS (Co-orientadora), VALFRIDO LEÃO DE MELO NETO (Co-orientador), AVHA CLARICE PAIXÃO SOARES (Mestranda – Pesquisadora Assistente) e TERESA AMÉLIA DA SILVA OLIVEIRA (Mestranda – Pesquisadora Assistente).

A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a verificar se há impacto da pandemia pela COVID-19 no surgimento de distúrbios nutricionais e psiquiátricos em pacientes puérperas de gestações de alto risco;
2. A importância deste estudo é a possibilidade de determinar um melhor seguimento nutricional e psiquiátrico de forma precoce às pacientes que assim o necessitem e ainda buscar prever o risco dessas patologias ocorrerem no cenário atual que vivemos na sociedade, oferecendo o melhor tratamento possível para os pacientes e com melhor custo-benefício;
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: identificar pacientes com transtornos mentais e/ou nutricionais no período do pós-parto imediato e recente e averiguar se houve aumento da frequência por impacto da pandemia pela COVID-19.
4. A coleta de dados começará em agosto de 2020, após aprovação pelo Comitê de Ética, e terminará em 31 de outubro de 2020.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: as pesquisadoras Avha Clarice Paixão Soares e Teresa Amélia da Silva Oliveira realizarão uma entrevista onde serão coletados dados pessoais para compor a perfil das participantes e histórico de saúde e aspectos nutricionais. Após aceitar participar do estudo, a participante será encaminhada a uma sala privativa para responder às perguntas da entrevista e aos questionários sobre saúde mental e ser realizada as medidas de peso e altura para avaliação do estado nutricional. Tais dados serão:
 - Questionário sociodemográfico: idade, procedência, profissão, renda familiar, escolaridade, estado civil, religião, idade quando houve a primeira menstruação, idade quando houve a primeira relação sexual, paridade, data da última menstruação, quantidade de parceiros sexuais, suporte familiar e dados do pré-natal, complementado com acesso ao seu cartão de gestante. Para este questionário, realizaremos também a revisão do seu prontuário para complementar as informações necessárias e do prontuário do seu recém-nascido para adquirir informações sobre peso e apgar do seu recém-nascido;
 - Versão brasileira do questionário de qualidade de vida SF-36 (2ª versão): com este questionário poderemos avaliar a sua qualidade de vida em relação a sua capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental;
 - Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI 7.0.2): é um instrumento projetado como uma breve entrevista psiquiátrica para diagnóstico dos principais transtornos psiquiátricos, como os de ansiedade e depressão.
6. Os dados coletados serão então colocados em uma planilha para analisar e obter os resultados.
7. A sua participação será nas seguintes etapas:
 - Respondendo às perguntas realizadas e aos questionários fornecidos por Avha Clarice Paixão Soares e Teresa Amélia da Silva Oliveira;
8. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são:
 - **Quebra de sigilo**, que será evitado pela utilização de código numérico para identificação em substituição de seu nome;

- **Inibição e/ou desconforto para responder algumas perguntas do questionário**, onde tais riscos serão minimizados por serem realizados em sala privativa.

9. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são:

- Possibilidade de proporcionar às pacientes o diagnóstico precoce destes tipos de distúrbios (nutricionais e/ou psiquiátricos), bem como o tratamento adequado e acompanhado por profissionais capacitados.

10. Você poderá contar com a assistência nutricional e psiquiátrica durante e após a realização da pesquisa de acordo com o diagnóstico identificado pelos pesquisadores. As médicas Avha Clarice Paixão Soares e Teresa Amélia da Silva Oliveira realizarão os encaminhamentos aos serviços de Nutrição e de Psiquiatria do HUPAA/UFAL e facilitação desses atendimentos.

11. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

12. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

13. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.

14. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.

15. Você será indenizada por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa (nexo causal).

16. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

Endereço da Equipe da pesquisa (OBRIGATÓRIO):
 Instituição: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES
 Endereço: AV. LOURIVAL MELO MOTA, S/N, TABULEIRO DOS MARTINS
 Cidade/CEP: MACEIÓ-AL / 57072-970
 Telefone: 82 3202-3800
 Ponto de referência: PRÓXIMO AO CAMPUS DA UFAL

Contato de urgência: AVHA CLARICE PAIXÃO SOARES
 Endereço: RUA TEODOMIRO DEODATO SANTOS, 819, ANTARES.
 Complemento: COND. RES. JARDIM AMÉRICA, QD A-10
 Cidade/CEP: MACEIÓ-AL / 57083-150
 Telefone: 82 993212005
 Ponto de referência: PRÓXIMO A CHURRASCARIA CARRO DE BOI

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
 Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária.
 Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.
 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, _____ de _____ de _____.

Assinatura ou impressão datiloscópica da voluntária (Rubricar as demais páginas)	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

APÊNDICE B – Ficha para coleta de dados das participantes

FICHA DE ANAMNESE E ENTREVISTA	
1. Reg./Amostra: _____ Reg./HU: _____ Tel.: _____	
2. Procedência: _____	
3. Nasc./Idade: ____/____/____ [____]	4. Renda Familiar: _____
5. Profissão: _____	
6. Escolaridade: () Analfabeto () Fundamental () Médio () Superior Anos de escolaridade: _____ anos	
7. Est. Civil: () Solteira () União Estável/Casada () Divorciada () Viúva	
8. Religião: () Católica () Evangélica () Test. De Jeová () Nenhuma () Outros: _____	
9. Menarca: _____ anos	10. Paridade: G__P__A__E__M__
11. Sexarca: _____ anos	12. Peso: _____ Altura: _____
13. Quantidade de parceiros(as): _____	14. IMC: _____ kg/m ² (atual)
15. Fez/Faz uso de álcool? () Não () Sim - _____	
16. Fez/Faz uso de drogas? () Não () Sim - _____	
17. Gravidez planejada: () Não () Sim	18. Pensou em abortar: () Não () Sim
19. Suporte familiar? () Não () Sim	20. Suporte do pai/RN? () Não () Sim
DADOS DO PRÉ-NATAL	
21. N° consultas realizadas: _____	22. Iniciado no _____° trimestre.
23. Medidas antropométricas nas consultas de pré-natal [Data / Peso]: [_____/____] [_____/____] [_____/____] [_____/____] [_____/____] [_____/____] [_____/____] [_____/____] [_____/____] [_____/____] [_____/____] [_____/____]	
DADOS DO RECÉM-NASCIDO	
24. Peso ao nascer: _____	25. Apgar: 1° min _____ / 5° min _____

ANEXOS

ANEXO A – Versão brasileira do questionário de qualidade de vida SF-36

VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA - SF-36

1 - Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2 - Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3 - Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4 - Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5 - Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6 - Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7 - Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8 - Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9 - Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10 - Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11 - O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

CÁLCULO DOS ESCORES DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA

Fase 1: Ponderação dos dados

Questão	Pontuação	
01	Se a resposta for	Pontuação
	1	5,0
	2	4,4
	3	3,4
	4	2,0
	5	1,0
02	Manter o mesmo valor	
03	Soma de todos os valores	
04	Soma de todos os valores	
05	Soma de todos os valores	
06	Se a resposta for	Pontuação
	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
07	Se a resposta for	Pontuação
	1	6,0
	2	5,4
	3	4,2
	4	3,1
	5	2,0
	6	1,0

08	<p>A resposta da questão 8 depende da nota da questão 7</p> <p>Se 7 = 1 e se 8 = 1, o valor da questão é (6)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 1, o valor da questão é (5)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 2, o valor da questão é (4)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (3)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 4, o valor da questão é (2)</p> <p>Se 7 = 2 à 6 e se 8 = 3, o valor da questão é (1)</p> <p>Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte:</p> <p>Se a resposta for (1), a pontuação será (6)</p> <p>Se a resposta for (2), a pontuação será (4,75)</p> <p>Se a resposta for (3), a pontuação será (3,5)</p> <p>Se a resposta for (4), a pontuação será (2,25)</p> <p>Se a resposta for (5), a pontuação será (1,0)</p>
09	<p>Nesta questão, a pontuação para os itens A, D, E, H, deverá seguir a seguinte orientação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (6)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 6, o valor será (1)</p> <p>Para os demais itens (B, C, F, G, I), o valor será mantido o mesmo</p>
10	Considerar o mesmo valor.
11	<p>Nesta questão os itens deverão ser somados, porém os itens b e d deverão seguir a seguinte pontuação:</p> <p>Se a resposta for 1, o valor será (5)</p> <p>Se a resposta for 2, o valor será (4)</p> <p>Se a resposta for 3, o valor será (3)</p> <p>Se a resposta for 4, o valor será (2)</p> <p>Se a resposta for 5, o valor será (1)</p>

Fase 2: Cálculo do Raw Scale

Nesta fase você irá transformar o valor das questões anteriores em notas de 8 domínios que variam de 0 (zero) a 100 (cem), onde 0 = pior e 100 = melhor para cada domínio. É chamado de raw scale porque o valor final não apresenta nenhuma unidade de medida.

Domínio:

- Capacidade funcional
- Limitação por aspectos físicos
- Dor
- Estado geral de saúde
- Vitalidade
- Aspectos sociais

- Aspectos emocionais
- Saúde mental

Para isso você deverá aplicar a seguinte fórmula para o cálculo de cada domínio:

Domínio:

Valor obtido nas questões correspondentes – Limite inferior x 100

Varição (Score Range)

Na fórmula, os valores de limite inferior e variação (Score Range) são fixos e estão estipulados na tabela abaixo.

Domínio	Pontuação das questões correspondidas	Limite inferior	Varição
Capacidade funcional	03	10	20
Limitação por aspectos físicos	04	4	4
Dor	07 + 08	2	10
Estado geral de saúde	01 + 11	5	20
Vitalidade	09 (somente os itens a + e + g + i)	4	20
Aspectos sociais	06 + 10	2	8
Limitação por aspectos emocionais	05	3	3
Saúde mental	09 (somente os itens b + c + d + f + h)	5	25

Exemplos de cálculos:

- Capacidade funcional (ver tabela)

Domínio: Valor obtido nas questões correspondentes – limite inferior x 100

Varição (Score Range)

Ex.: Capacidade funcional: $\frac{21 - 10}{20} \times 100 = 55$

20

O valor para o domínio capacidade funcional é 55, em uma escala que varia de 0 a 100, onde o zero é o pior estado e cem é o melhor.

- Dor (ver tabela)

- Verificar a pontuação obtida nas questões 07 e 08; por exemplo: 5,4 e 4, portanto somando-se as duas, teremos: 9,4

- Aplicar fórmula:

Domínio: $\frac{\text{Valor obtido nas questões correspondentes} - \text{limite inferior} \times 100}{\text{Variação (Score Range)}}$

Ex.: Dor: $\frac{9,4 - 2}{10} \times 100 = 74$

O valor obtido para o domínio dor é 74, numa escala que varia de 0 a 100, onde zero é o pior estado e cem é o melhor.

Assim, você deverá fazer o cálculo para os outros domínios, obtendo oito notas no final, que serão mantidas separadamente, não se podendo soma-las e fazer uma média.

Obs.: A questão número 02 não faz parte do cálculo de nenhum domínio, sendo utilizada somente para se avaliar o quanto o indivíduo está melhor ou pior comparado a um ano atrás.

Se algum item não for respondido, você poderá considerar a questão se esta tiver sido respondida em 50% dos seus itens.

ANEXO B – VERSÃO BRASILEIRA DA MINI ENTREVISTA
NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL (MINI 7.0.2)

M.I.N.I.

MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL

Portuguese for Brazil Version 7.0.2

Para

DSM-5

Copyright © 1992-2016 Sheehan DV

Todos os direitos são reservados. Este documento não pode ser reproduzido, todo ou em parte, ou cedido de qualquer forma, eletrônica ou mecânica, incluindo fotocópias, nem armazenado em sistema informático, sem a autorização escrita prévia do Dr. Sheehan. Pesquisadores, clínicos e estudantes que trabalham em instituições públicas e entidades não lucrativas (como universidades, hospitais, organismos governamentais) podem fotocopiar o M.I.N.I. para utilização no contexto estrito de **suas** atividades clínicas e de investigação, mas **não** para uso institucional, nem qualquer outro que gere lucros financeiros. Qualquer utilização envolvendo ganho financeiro exigirá um contrato de licenciamento do detentor dos direitos autorais e o pagamento de uma taxa de licença por uso.

AVISO

Nosso objetivo é de auxiliar a avaliação e o acompanhamento de pacientes com maior eficiência e precisão. Antes que qualquer ação seja tomada em relação à informação coletada e processada por este programa, esta deve ser revisada e interpretada por um clínico autorizado.

Esse programa não foi desenvolvido e não se destina a substituir uma avaliação médica e psiquiátrica completa efetuada por um clínico - psiquiatra qualificado e autorizado. Ele se destina apenas a ser uma ferramenta que facilita a coleta e o processamento de dados confiáveis relativos aos sintomas obtidos por uma equipe treinada. Não é um teste diagnóstico.

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

50

MÓDULOS	PERÍODOS EXPLORADOS	PREENCHE CRITÉRIOS	CID-10-CM	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
A	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR	Atual (2 últimas semanas)	<input type="checkbox"/>		
		Passado	<input type="checkbox"/>		
		Recorrente	<input type="checkbox"/>		
	TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR	Atual (2 últimas semanas)	<input type="checkbox"/>	F32.x	<input type="checkbox"/>
		Passado	<input type="checkbox"/>	F32.x	<input type="checkbox"/>
		Recorrente	<input type="checkbox"/>	F33.x	<input type="checkbox"/>
B	SUICIDALIDADE	Atual (último mês)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
		Tentativa ao longo da vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Elevada	<input type="checkbox"/>
	TRANSTORNO DE COMPORTAMENTO SUICIDA	Atual	<input type="checkbox"/>	(durante o último ano)	<input type="checkbox"/>
		Em remissão recente	<input type="checkbox"/>	(1 - 2 anos atrás)	<input type="checkbox"/>
C	EPISÓDIO MANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>		
		Passado	<input type="checkbox"/>		
	EPISÓDIO HIPOMANÍACO	Atual	<input type="checkbox"/>		
		Passado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não Explorado	
	TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I	Atual	<input type="checkbox"/>	F31.0--F31.76	<input type="checkbox"/>
		Passado	<input type="checkbox"/>	F31.0--F31.76	<input type="checkbox"/>
	TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I COM SINTOMAS PSICÓTICOS	Atual	<input type="checkbox"/>	F31.2/31.5/F31.64	<input type="checkbox"/>
		Passado	<input type="checkbox"/>	F31.2/31.5/F31.64	<input type="checkbox"/>
	TRANSTORNO BIPOLAR TIPO II	Atual	<input type="checkbox"/>	F31.81	<input type="checkbox"/>
		Passado	<input type="checkbox"/>	F31.81	<input type="checkbox"/>
	OUTRO TRANSTORNO BIPOLAR ESPECIFICADO E TRANSTORNO ASSOCIADO	Atual	<input type="checkbox"/>	F31.89	<input type="checkbox"/>
		Passado	<input type="checkbox"/>	F31.89	<input type="checkbox"/>
D	TRANSTORNO DE PÂNICO	Atual (último mês)	<input type="checkbox"/>	F41.0	<input type="checkbox"/>
		Ao longo da vida	<input type="checkbox"/>	F40.0	<input type="checkbox"/>
E	AGORAFOBIA	Atual	<input type="checkbox"/>	F40.00	<input type="checkbox"/>
F	TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL (fobia social)	Atual (último mês)	<input type="checkbox"/>	F40.10	<input type="checkbox"/>
G	TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO	Atual (último mês)	<input type="checkbox"/>	F42.2	<input type="checkbox"/>
H	TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO	Atual (último mês)	<input type="checkbox"/>	F43.10	<input type="checkbox"/>
I	TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL	12 últimos meses	<input type="checkbox"/>	F10.10/F10.20	<input type="checkbox"/>
J	TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS (não alcoólicas)	12 últimos meses	<input type="checkbox"/>	F11.10/F11.20-F19.20	<input type="checkbox"/>

K	QUALQUER TRANSTORNO PSICÓTICO	Atual	<input type="checkbox"/>	F20.81-F29	<input type="checkbox"/>
		Ao longo da vida	<input type="checkbox"/>	F20.81-F29	<input type="checkbox"/> 51
	TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR COM SINTOMAS PSICÓTICOS	Atual	<input type="checkbox"/>	F32.3/F33.3	<input type="checkbox"/>
		Passado	<input type="checkbox"/>	F32.3/F33.3	<input type="checkbox"/>
	TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I COM SINTOMAS PSICÓTICOS	Atual	<input type="checkbox"/>	F31.2/F31.5/F31.64	<input type="checkbox"/>
		Passado	<input type="checkbox"/>	F31.2/F31.5/F31.64	<input type="checkbox"/>
L	ANOREXIA NERVOSA	Atual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	F50.01/F50.02	<input type="checkbox"/>
M	BULIMIA NERVOSA	Atual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	F50.2	<input type="checkbox"/>
MB	TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA	Atual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	F50.81	<input type="checkbox"/>
N	TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	Atual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	F41.1	<input type="checkbox"/>
O	CAUSAS MÉDICAS, ORGÂNICAS OU INDUZIDAS POR SUBSTÂNCIAS/MEDICAMENTOS DESCARTADAS		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não determinado		
P	TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL	Ao longo da vida	<input type="checkbox"/>	F60.2	<input type="checkbox"/>

IDENTIFICAR O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL MARCANDO O ESPAÇO APROPRIADO.

(Qual é o problema que mais incomoda você ou que predomina sobre os outros ou que apareceu primeiro no seu histórico?) 

O M.I.N.I. foi desenvolvido como uma entrevista estruturada breve, que explora os principais transtornos psiquiátricos do DSM-5 e da CID-10. Estudos de validação e de confiabilidade foram efetuados comparando o M.I.N.I. ao SCID-P, para a versão DSM-III-R, e ao CIDI (entrevista estruturada desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde). Os resultados desses estudos demonstram que o M.I.N.I. tem confiabilidade e validade comparáveis, mas pode ser aplicado num período de tempo muito mais curto (média 18,7 ± 11,6 minutos, mediana 15 minutos) que os instrumentos supracitados. Pode ser utilizado por clínicos, após um treinamento breve. Os entrevistadores não clínicos necessitam de uma formação mais extensiva.

ENTREVISTA:

Com o objetivo que a entrevista seja a mais curta possível, informe ao paciente que você vai conduzir uma entrevista clínica mais estruturada do que de hábito, com perguntas bastante precisas sobre problemas psicológicos que requerem respostas sim ou não.

FORMATO GERAL:

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

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto o que explora os sintomas psicóticos), uma ou várias perguntas-chave que correspondem aos critérios principais do transtorno são apresentadas num **quadro com fundo acinzentado**.
- No final de cada módulo, um ou vários quadros diagnósticos permitem ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

CONVENÇÕES:

As *frases escritas* em “letra minúscula” devem ser lidas, exatamente como estão escritas, para o paciente de modo a padronizar a avaliação dos critérios diagnósticos.

As *frases escritas em “MAIÚSCULAS”* não devem ser lidas para o paciente. São instruções destinadas ao entrevistador que auxiliam a avaliação dos algoritmos diagnósticos.

As *frases escritas em “negrito”* indicam o período de tempo a explorar. O entrevistador deve lê-las tantas vezes quanto necessário. Somente os sintomas presentes durante o período explorado devem ser levados em conta ao avaliar as respostas.

As *respostas com uma seta sobreposta (➡)* indicam que um dos critérios necessários ao estabelecimento do diagnóstico ou diagnósticos não foi preenchido. Nesse caso, o entrevistador deve ir diretamente para o fim do módulo, assinalar “**NÃO**” nos quadros diagnósticos correspondentes e passar para o módulo seguinte.

Quando os termos são separados por uma *barra (/)*, o entrevistador deve ler apenas os sintomas apresentados pelo paciente (por exemplo, perguntas J2b ou K6b).

As *frases entre (parêntesis)* são exemplos clínicos do sintoma. Elas podem ser lidas para o paciente, de modo a clarificar a pergunta.

INSTRUÇÕES PARA PONTUAÇÃO:

Todas as perguntas feitas devem ser pontuadas. A pontuação deve ser feita à direita de cada uma das perguntas, fazendo um círculo em torno da resposta do entrevistado, seja “SIM” ou “NÃO”. O julgamento clínico do entrevistador deve ser utilizado para assinalar as respostas. Os entrevistadores devem ser sensíveis à diversidade cultural ao fazer as perguntas e ao pontuar as respostas. Quando necessário, o entrevistador deve pedir exemplos para assegurar uma avaliação correta. O paciente deve ser encorajado a pedir esclarecimento para todas as perguntas que não estejam totalmente claras.

O clínico deve se assegurar de que cada uma das dimensões da pergunta foi, de fato, considerada pelo paciente na sua resposta (por exemplo, os critérios de duração, de frequência, de gravidade e as alternativas “e / ou”).

No M.I.N.I., os sintomas mais provavelmente imputáveis a uma doença física ou ao uso de medicamentos, substância ou álcool não devem ser assinalados como positivo. O M.I.N.I. apresenta perguntas que investigam esses problemas.

Para qualquer pergunta, sugestão, sessões de treinamento ou informações sobre atualizações do M.I.N.I., favor contatar:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.

University of South Florida College of Medicine

tel: +1 813-956-8437

e-mail: dsheehan@health.usf.edu

Para licença, autorização ou dúvidas, entre em contato com: davidvsheehan@gmail.com

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

(➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO QUADRO DIAGNÓSTICO, CIRCULAR **NÃO** E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE)

A1	a	Você <u>alguma vez</u> se sentiu deprimido(a) ou desanimado(a), ou se sentiu triste, vazio(a) ou sem esperança durante a maior parte do dia, quase todos os dias durante duas semanas?	NÃO	SIM
SE NÃO, ASSINALAR NÃO PARA A1b . SE SIM , PERGUNTAR:				
	b	Nas <u>duas últimas semanas</u> , você se sentiu deprimido(a) ou desanimado(a), ou se sentiu triste, vazio(a) ou sem esperança durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM
A2	a	Você <u>alguma vez</u> teve, durante 2 semanas, muito menos interesse pela maioria das coisas ou foi muito menos capaz de aproveitar as coisas das quais gostava habitualmente?	NÃO	SIM
SE NÃO, ASSINALAR NÃO PARA A2b . SE SIM , PERGUNTAR:				
	b	Nas <u>duas últimas semanas</u> , você teve, durante a maior parte do tempo, muito menos interesse pela maioria das coisas ou foi muito menos capaz de aproveitar as coisas das quais gostava habitualmente?	NÃO	SIM
A1a OU A2a FOI ASSINALADA SIM ?			➔ NÃO	SIM

A3 SE **A1b** OU **A2b** = **SIM**: EXPLORAR O EPISÓDIO **ATUAL** E O EPISÓDIO **PASSADO** MAIS SINTOMÁTICO, CASO CONTRÁRIO, SE **A1b** E **A2b** = **NÃO**: EXPLORAR **SOMENTE** O EPISÓDIO **PASSADO** MAIS SINTOMÁTICO

Durante essas duas semanas, quando você se sentia deprimido(a) ou sem interesse pela maioria das coisas:

	<u>2 últimas semanas</u>		<u>Episódio passado</u>	
	NÃO	SIM	NÃO	SIM
a	O seu apetite diminuiu ou aumentou quase todos os dias? O seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado (isto é, variação de ±5% ao longo do mês ou ±8 lb ou ±3,5 kg para uma pessoa de 160 lb/70 kg)? SE SIM EM QUALQUER UMA, ASSINALAR SIM .			
b	Você teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, ou dormir demais)?			
c	Você falou ou se movimentou mais lentamente que de costume ou se sentiu agitado(a), irrequieto(a) ou teve dificuldade em ficar sentado(a) quieto(a) quase todos os dias? Alguém notou isso?			
d	Você se sentiu cansado(a) ou sem energia quase todos os dias?			
e	Você se sentiu sem valor ou culpado(a) quase todos os dias?			
SE SIM , PEDIR EXEMPLOS. OBSERVE DELÍRIOS DE FALHA, INADEQUAÇÃO, CULPA OU RUÍNA, OU NECESSIDADE DE PUNIÇÃO OU DELÍRIO DE DOENÇA OU MORTE OU DELÍRIOS NILIÍSTAS OU SOMÁTICOS. OS EXEMPLOS SÃO COERENTES COM UMA IDEIA DELIRANTE.				
	Episódio atual		Episódio passado	
	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
f	Você teve dificuldade em se concentrar, pensar ou em tomar decisões quase todos os dias?			
g	Você pensou repetidamente sobre a morte (MEDO DE MORRER NÃO CONTA AQUI), ou teve pensamentos sobre se matar, ou teve qualquer intenção ou plano de se matar? Você tentou suicídio? SE SIM EM QUALQUER UMA, ASSINALAR SIM .			
A4	NÃO		SIM	
Esses sintomas causaram sofrimento ou problemas significativos em casa, no trabalho, na escola, socialmente, em seus relacionamentos ou de qualquer outra maneira importante e significam uma mudança no seu desempenho anterior?				
A5	N/A		NÃO	
Entre 2 episódios de depressão, você alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses sem nenhuma depressão importante ou nenhuma perda de interesse importante?				

HÁ PELO MENOS 5 RESPOSTAS (A1-A3) **SIM** E A4 FOI ASSINALADA **SIM** PARA ESSE PERÍODO EXPLORADO?

E

“DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (SUMÁRIO DE O2)” FOI ASSINALADA **SIM**?

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL E/OU PASSADO.

SE **A5** FOI ASSINALADA **SIM**, ASSINALAR **SIM** PARA RECORRENTE.

NÃO	SIM	54
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR		
ATUAL	<input type="checkbox"/>	
PASSADO	<input type="checkbox"/>	
RECORRENTE	<input type="checkbox"/>	

A6 a Quantos episódios de depressão você teve ao longo de sua vida? _____

Entre cada episódio deve haver pelo menos 2 meses sem nenhuma depressão importante.

B. SUICIDALIDADE

55

Pontos

Durante o último mês, você:

- B1 Sofreu algum acidente? Isso inclui tomar muito remédio acidentalmente. NÃO SIM 0
SE RESPOSTA NÃO PARA **B1**, PASSAR PARA **B2**. SE RESPOSTA SIM, PERGUNTAR **B1a**:
- B1 a Planejou ou teve a intenção de se machucar em algum acidente, quer seja não evitando um risco NÃO SIM 0
ou de propósito?
SE RESPOSTA NÃO PARA **B1a**, PASSAR PARA **B2**. SE RESPOSTA SIM, PERGUNTAR **B1b**:
- B1 b Pretendeu morrer como resultado de um acidente? NÃO SIM 0
- B2 Pensou (mesmo que por um momento) que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar NÃO SIM 1
morto(a) ou precisava estar morto(a)?
- B3 Pensou (mesmo que por alguns momentos) em se machucar ou se ferir ou se acidentar NÃO SIM 6
- com pelo menos alguma intenção ou consciência de que, como resultado, você poderia morrer
- ou pensou em suicídio (ou seja, se matar)?

SE NÃO PARA **B2** + **B3**, PASSAR PARA **B4**. CASO CONTRÁRIO, PERGUNTAR:

Frequência

Intensidade

De vez em quando	<input type="checkbox"/>	Leve	<input type="checkbox"/>
Frequentemente	<input type="checkbox"/>	Moderada	<input type="checkbox"/>
Quase sempre	<input type="checkbox"/>	Grave	<input type="checkbox"/>

- B4 Ouvia vozes dizendo para se matar ou tinha sonhos com qualquer conteúdo suicida? NÃO SIM 4
SE a resposta for **SIM**, marque ouvia uma voz ou várias acontecia num sonho?
um ou ambos: vezes?
- B5 Tinha um método de suicídio em mente (isto é, como se matar)? NÃO SIM 8
- B6 Tinha um meio de suicídio em mente (isto é, com o que se matar)? NÃO SIM 8
- B7 Tinha um local de suicídio em mente (isto é, onde se matar)? NÃO SIM 8
- B8 Tinha uma data/período em mente (isto é, quando se matar)? NÃO SIM 8
- B9 Pensou em alguma tarefa que gostaria de terminar antes de tentar se matar? NÃO SIM 8
(como escrever um bilhete de suicídio)
- B10 Pretendeu executar os planos de se matar? NÃO SIM 8
SE a resposta for **SIM**, marque pretendeu executar os planos de se matar naquele
um ou ambos: momento?
 pretendeu executar os planos de se matar futuramente?
- B11 Pretendeu morrer como resultado de um ato suicida? NÃO SIM 8
SE a resposta for **SIM**, marque você pretendia morrer se suicidando naquele momento?
um ou ambos:
 você pretendia morrer se suicidando em algum momento
futuramente?
- B12 Sentiu a necessidade ou o impulso de se matar ou planejar se matar antes que o inicialmente NÃO SIM 8
planejado?
SE a resposta for **SIM**, isso significava se matar? isso significava planejar se
marque um ou ambos: matar?
SE a resposta for **SIM**, isso, em grande parte, não isso foi intencional?
marque um ou ambos: foi intencional?

AO AVALIAR SE ISSO, EM GRANDE PARTE, NÃO FOI INTENCIONAL, PERGUNTE: "5 minutos antes desse impulso, você poderia prever que isso ocorreria naquele momento?"

SE **B12** FOR **NÃO**, PASSAR PARA **B14**.

B13	Teve dificuldade de resistir a esses impulsos?	NÃO	SIM	8 56
B14	Tomou alguma iniciativa para preparar uma tentativa de suicídio na qual esperava ou tinha a intenção de morrer (incluindo qualquer coisa feita ou não propositalmente que faça com que chegue mais perto de tentar se suicidar)? Isso inclui as vezes em que você ia se matar, mas foi interrompido(a) ou parou por vontade própria antes que se fizesse algum mal. SE B14 FOR NÃO, PASSAR PARA B15 .	NÃO	SIM	
B14 a	Tomou alguma iniciativa para se preparar para se matar, mas não deu início à tentativa de suicídio?	NÃO	SIM	9
B14 b	Tomou alguma iniciativa para se preparar para se matar, mas parou por vontade própria pouco antes que se fizesse algum mal (“abortou a preparação”)?	NÃO	SIM	10
B14 c	Tomou alguma iniciativa para se preparar para se matar, mas alguém ou algo interrompeu você pouco antes que se fizesse algum mal (“a preparação foi interrompida”)?	NÃO	SIM	11
B15	Machucou-se de propósito sem intenção de se matar? (B15 NÃO É CONSIDERADA COMO UM COMPORTAMENTO SUICIDA)	NÃO	SIM	0
B16	Tentou se suicidar (se matar)? SE B16 FOR NÃO, PASSAR PARA B17 .	NÃO	SIM	
B16 a	Deu início a uma tentativa de suicídio (para se matar), mas parou por conta própria e não terminou a tentativa?	NÃO	SIM	12
B16 b	Deu início a uma tentativa de suicídio (para se matar), mas foi interrompido(a) e não terminou a tentativa?	NÃO	SIM	13
B16 c	Você já fez alguma tentativa de suicídio (tentou se matar), exatamente como pretendia? Uma tentativa de suicídio significa que você fez alguma coisa que poderia causar lesão, com ao menos uma pequena intenção de morrer. SE B16c FOR NÃO, PASSAR PARA B17 :	NÃO	SIM	14
	Esperou ser socorrido(a) / sobreviver <input type="checkbox"/>			
	Esperou / pretendeu morrer <input type="checkbox"/>			
B17	TEMPO GASTO DIARIAMENTE COM IMPULSOS, PENSAMENTOS OU AÇÕES SUICIDAS: Tempo habitual gasto por dia: _____ horas _____ minutos. Tempo mínimo gasto por dia: _____ horas _____ minutos. Tempo máximo gasto por dia: _____ horas _____ minutos.			
	Ao longo da sua vida:			
B18	Você já fez alguma tentativa de suicídio (tentou se matar)? Se a resposta for SIM , quantas vezes? _____ Se a resposta for SIM , quando foi a última tentativa de suicídio? Atual: durante os últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Em remissão recente: entre 12 e 24 meses atrás <input type="checkbox"/> Em remissão: mais de 24 meses atrás <input type="checkbox"/>	NÃO	SIM	4
	“Uma tentativa de suicídio é um comportamento autolesivo, com ao menos alguma intenção (> 0) de morrer como resultado da ação. A evidência que a pessoa tinha a intenção de se matar, ao menos até certo grau, pode ser explícita ou inferida do comportamento ou circunstância. Por exemplo, é definido como tentativa de suicídio se é óbvio que não é um acidente ou se a pessoa pensa que o ato poderia ser fatal, mesmo negando a intenção.” (Documento FDA Guidance for Industry Suicidal Ideation and Behavior 2012 e definição C-CASA.) Posner K et al. Am J Psychiatry 2007; 164 (7): 1035-1043 & http://www.fda.gov/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/default.htm/			

B19 Qual é a probabilidade de você tentar se matar nos próximos 3 meses numa escala de 0 a 100%
QUALQUER PROBABILIDADE > 0% NA **B19** DEVE SER ASSINALADA SIM

NÃO SIM 13

PELO MENOS 1 DAS PERGUNTAS ACIMA (EXCETO **B1**) FOI ASSINALADA SIM?

SE **SIM**, SOMAR O TOTAL DE PONTOS PARA AS RESPOSTAS (**B1** A **B19**) ASSINALADAS "SIM" E ESPECIFICAR O RESULTADO DA SUICIDALIDADE COMO INDICADO NO QUADRO DIAGNÓSTICO:

INDICAR SE A SUICIDALIDADE É ATUAL (ÚLTIMO MÊS) OU UMA TENTATIVA AO LONGO DA VIDA OU AMBAS, ASSINALANDO AS CAIXAS APROPRIADAS OU DEIXANDO UMA DELAS OU AMBAS SEM ASSINALAR.

ATUAL = QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DE **B1a** ATÉ **B16c** (EXCETO B15) OU QUALQUER TEMPO GASTO EM **B17**.

TENTATIVA AO LONGO DA VIDA = **B18** ASSINALADA SIM.

PROBABILIDADE EM UM FUTURO PRÓXIMO = **B19** ASSINALADA **SIM**.

FAZER QUALQUER COMENTÁRIO ADICIONAL SOBRE SUA AVALIAÇÃO DA SUICIDALIDADE ATUAL E EM UM FUTURO PRÓXIMO DESTE PACIENTE NO ESPAÇO ABAIXO:

B18 FOI ASSINALADA **SIM**?

E UMA RESPOSTA **SIM** PARA

O ATO DE SUICÍDIO COMEÇOU QUANDO O PACIENTE NÃO ESTAVA EM ESTADO DE CONFUSÃO OU DELÍRIO?

E UMA RESPOSTA **SIM** PARA

O ATO DE SUICÍDIO FOI COMETIDO SEM FINS POLÍTICOS OU RELIGIOSOS?

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O TRANSTORNO É ATUAL, EM REMISSÃO RECENTE OU EM REMISSÃO.

NÃO **SIM**

SUICIDALIDADE

1-8 pontos Leve

9-16 pontos Moderada

≥ 17 pontos Elevada

ATUAL

TENTATIVA AO LONGO DA VIDA

PROBABILIDADE EM UM FUTURO PRÓXIMO

NÃO **SIM**

TRANSTORNO DE COMPORTAMENTO SUICIDA

Atual

Em remissão recente

Em remissão

C. EPISÓDIO MANÍACO E HIPOMANÍACO

58

(➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AOS QUADROS DIAGNÓSTICOS, ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE)

Você tem alguma história familiar de doença maníaco-depressiva ou de transtorno bipolar, ou algum membro da sua família teve mudanças de humor tratadas com medicação como lítio, valproato de sódio (Depakote) ou lamotrigina (Lamictal)? ESTA PERGUNTA NÃO É UM CRITÉRIO PARA TRANSTORNO BIPOLAR, MAS É FEITA PARA AUMENTAR A VIGILÂNCIA DO CLÍNICO EM RELAÇÃO AO RISCO DE TRANSTORNO BIPOLAR.
CASO SIM, ESPECIFICAR QUEM: _____

C1 a Você **alguma vez** teve um período em que se sentia 'pra cima' ou 'eufórico(a)' ou 'superexcitado(a)' e tão ativo(a) ou cheio(a) de energia ou se achava superior aos outros que isso lhe causou problemas ou em que outras pessoas pensaram que você não estava no seu estado habitual? (Não considerar períodos em que estava sob o efeito de drogas ou álcool.)

NÃO SIM

SE O PACIENTE NÃO COMPREENDE OU ESTÁ CONFUSO SOBRE O SIGNIFICADO DE 'PRA CIMA' OU 'EUFÓRICO' OU 'SUPEREXCITADO', EXPLICAR DA SEGUINTE MANEIRA: Por 'pra cima', 'eufórico(a)' ou 'superexcitado(a)', quero dizer: ter humor elevado; aumento de energia ou aumento de atividade; precisar dormir menos; rapidez do pensamento; estar cheio de ideias; aumento da produtividade, da motivação, da criatividade ou comportamento impulsivo; telefonar ou trabalhar excessivamente ou gastar mais dinheiro.

SE NÃO, ASSINALAR **NÃO** PARA **C1b**. **SE SIM**, PERGUNTAR:

b Você atualmente se sente 'pra cima' ou 'eufórico(a)' ou 'superexcitado(a)' ou cheio(a) de energia?

NÃO SIM

C2 a Você **alguma vez** esteve constantemente irritável, durante vários dias, se desentendia ou brigava, verbalmente ou fisicamente, ou gritava com pessoas que não eram de sua família? Você ou outras pessoas perceberam que você estava mais irritável ou que reagia além do normal em comparação com outras pessoas, mesmo em situações em que achava que sua reação se justificava?

NÃO SIM

SE NÃO, ASSINALAR **NÃO** PARA **C2b**. **SE SIM**, PERGUNTAR:

b Atualmente você se sente irritável o tempo todo?

NÃO SIM

C1a OU C2a FOI ASSINALADA SIM?

NÃO SIM

C3 SE **C1b** OU **C2b** = **SIM**: EXPLORAR O EPISÓDIO **ATUAL** PRIMEIRO E DEPOIS O EPISÓDIO **PASSADO** MAIS SINTOMÁTICO. CASO CONTRÁRIO, SE **C1b** E **C2b** = **NÃO**: EXPLORAR **SOMENTE** O EPISÓDIO **PASSADO** MAIS SINTOMÁTICO

AO EXPLORAR O EPISÓDIO ATUAL, COMECE CADA PERGUNTA DA SEGUINTE MANEIRA:

Nos últimos dias, incluindo hoje, quando se sentiu eufórico(a) e cheio(a) de energia ou irritável, você:

AO EXPLORAR O EPISÓDIO PASSADO, COMECE CADA PERGUNTA DA SEGUINTE MANEIRA:

Em um período de alguns dias no passado, quando se sentiu o mais eufórico(a) e cheio(a) de energia ou irritável possível, você:

	<u>Episódio atual</u>		<u>Episódio passado</u>	
a Teve a sensação de que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante? SE SIM , PEDIR EXEMPLOS. OS EXEMPLOS SÃO COERENTES COM UMA IDEIA DELIRANTE.	NÃO	SIM	NÃO	SIM
	Episódio atual	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Episódio passado	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
b Teve menos necessidade de dormir do que de costume (por exemplo, sentiu-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono)?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
c Falou sem parar ou sentiu uma pressão para ficar falando?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
d Observou seus pensamentos evoluindo muito rápido ou atribulados ou acelerado ou indo muito rapidamente de um assunto para o outro?	NÃO	SIM	NÃO	SIM

		<u>Episódio atual</u>		<u>Episódio passado</u> 59	
e	Ficava distraído com tanta facilidade que a menor interrupção o(a) fazia perder o fio daqueilo que estava fazendo ou pensando?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
f	Teve um aumento significativo da sua atividade ou da sua motivação no trabalho, na escola, socialmente ou sexualmente ou se tornou fisicamente ou mentalmente irrequieto(a)? Esse aumento na atividade pode ter sido com ou sem um propósito.	NÃO	SIM	NÃO	SIM
g	Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (por exemplo, gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter um comportamento sexual irresponsável)?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
C3	SUMÁRIO: AO PONTUAR O EPISÓDIO ATUAL: SE C1b É NÃO , HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS C3 , INCLUINDO C3f , ASSINALADAS SIM ? SE C1b É SIM , HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS C3 , INCLUINDO C3f , ASSINALADAS SIM ? AO PONTUAR O EPISÓDIO PASSADO: SE C1a É NÃO , HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS C3 , INCLUINDO C3f , ASSINALADAS SIM ? SE C1a É SIM , HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS C3 , INCLUINDO C3f , ASSINALADAS SIM ? ASSINALAR SIM SOMENTE SE 3 OU 4 SINTOMAS ACIMA ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO EXPLORADO. REGRA: EXALTAÇÃO/EXPANSIVIDADE EXIGE SOMENTE 3 SINTOMAS C3 , ENQUANTO IRRITABILIDADE SOZINHA REQUER 4 SINTOMAS C3 .	NÃO	SIM	NÃO	SIM
C4	Qual foi o tempo mais longo de duração desses sintomas (durante a maior parte do dia, quase todos os dias)? AVALIE A DURAÇÃO DESDE O INÍCIO ATÉ O FIM DOS SINTOMAS, NÃO APENAS O PICO.				
	a) 3 dias consecutivos ou menos		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	b) 4, 5 ou 6 dias consecutivos ou mais		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	c) 7 dias consecutivos ou mais		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
C5	Você foi internado(a) por causa desses problemas? SE RESPOSTA SIM , ASSINALAR SIM NO EPISÓDIO MANÍACO PARA ESSE PERÍODO EXPLORADO E PASSAR PARA C7 .	NÃO	SIM	NÃO	SIM
C6	Esses sintomas causaram problemas significativos em casa, no trabalho, socialmente, em seus relacionamentos com outras pessoas, na escola ou de qualquer outra maneira importante?	NÃO	SIM	NÃO	SIM
C7	Esses sintomas foram associados com uma clara mudança na sua maneira de agir anterior e isso foi diferente do seu jeito normal de ser?	NÃO	SIM	NÃO	SIM

O SUMÁRIO DE **C3** E **C7** E (**C4c** OU **C5** OU **C6** OU QUALQUER SINTOMA PSICÓTICO DE **K1** ATÉ **K8**) FORAM ASSINALADOS **SIM**?

E

“DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (**SUMÁRIO DE O2**)” FOI ASSINALADA **SIM**?

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL E / OU PASSADO.

	NÃO	SIM
EPISÓDIO MANÍACO		
ATUAL		<input type="checkbox"/>
PASSADO		<input type="checkbox"/>

O **SUMÁRIO DE C3** FOI ASSINALADO **SIM** E **C5** E **C6** FORAM ASSINALADAS **NÃO** E **C7** FOI ASSINALADA **SIM** E **C4b** OU **C4c** FORAM ASSINALADAS **SIM**?

E

“DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (**SUMÁRIO DE O2**)” FOI ASSINALADA **SIM**?

E

TODOS OS SINTOMAS PSICÓTICOS DE **K1** ATÉ **K8** FORAM ASSINALADOS **NÃO**?

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL E / OU PASSADO.

SE **SIM** PARA EPISÓDIO MANÍACO ATUAL, ENTÃO ASSINALAR EPISÓDIO HIPOMANÍACO ATUAL COMO **NÃO**.

SE **SIM** PARA EPISÓDIO MANÍACO PASSADO, ENTÃO ASSINALAR EPISÓDIO HIPOMANÍACO PASSADO COMO **NÃO EXPLORADO**.

EPISÓDIO HIPOMANÍACO

ATUAL NÃO
 SIM

PASSADO NÃO
 SIM
 NÃO EXPLORADO

O **SUMÁRIO DE C3** E O ITEM **C4a** FORAM ASSINALADOS **SIM** E **C5** FOI ASSINALADO **NÃO**?

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL E / OU PASSADO

SE **SIM** PARA EPISÓDIO MANÍACO OU HIPOMANÍACO ATUAL, ENTÃO ASSINALAR EPISÓDIO HIPOMANÍACO ATUAL COMO **NÃO**.

SE **SIM** PARA EPISÓDIO MANÍACO PASSADO OU **SIM** PARA EPISÓDIO HIPOMANÍACO, ENTÃO ASSINALAR OS SINTOMAS HIPOMANÍACOS PASSADOS COMO **NÃO EXPLORADOS**.

SINTOMAS HIPOMANÍACOS

ATUAIS NÃO
 SIM

PASSADOS NÃO
 SIM
 NÃO EXPLORADOS

- | | | | |
|----|---|-----|-----|
| C8 | <p>a) SE O EPISÓDIO MANÍACO É POSITIVO PARA ATUAL OU PASSADO, PERGUNTAR:
 Pelo menos 2 desses episódios (maníacos) duraram 7 dias ou mais (C4c) ao longo de sua vida (incluindo o episódio atual, caso presente)?</p> | NÃO | SIM |
| | <p>b) SE O EPISÓDIO MANÍACO OU HIPOMANÍACO É POSITIVO PARA ATUAL OU PASSADO, PERGUNTAR:
 Pelo menos 2 desses <u>episódios</u> (hipomaníacos) duraram 4 dias ou mais (C4b) ao longo de sua vida (incluindo o episódio atual)?</p> | NÃO | SIM |
| | <p>c) SE A CATEGORIA “SINTOMAS HIPOMANÍACOS” PASSADOS ESTIVER ASSINALADA POSITIVA, PERGUNTAR:
 Esses <u>sintomas</u> hipomaníacos que duram somente de 1 a 3 dias (C4a) aconteceram pelo menos 2 vezes ao longo de sua vida (incluindo o episódio atual, caso presente)?</p> | NÃO | SIM |

D. TRANSTORNO DE PÂNICO

61

(➡ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO QUADRO DIAGNÓSTICO, ASSINALAR **NÃO** E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE)

D1	a	Você teve, mais de uma vez, crises ou ataques quando se sentiu subitamente ansioso(a), muito assustado(a), desconfortável ou pouco à vontade, mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim?	➡ NÃO	SIM
	b	Essas crises atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	➡ NÃO	SIM
D2		Em qualquer momento do passado, alguma dessas crises ou ataques foi imprevisível ou aconteceu sem que nada o provocasse/sem motivo?	➡ NÃO	SIM
D3		Você alguma vez teve um desses ataques seguido de um mês ou mais de preocupação constante de ter outro ataque ou de preocupação sobre as consequências do ataque – ou você efetuou qualquer mudança significativa em seu comportamento por causa dos ataques (por exemplo, evitando situações estranhas, não querer sair de casa ou fazer compras sozinho(a), ou fazer coisas para evitar um ataque de pânico, ou ir ao médico com mais frequência, ou ir ao pronto-socorro repetidamente)?	NÃO	SIM
D4		Durante o pior ataque do qual você se lembra:		
	a	Você teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido?	NÃO	SIM
	b	Você transpirou ou ficou com as mãos úmidas?	NÃO	SIM
	c	Você teve tremores ou contrações musculares?	NÃO	SIM
	d	Você teve falta de ar ou dificuldade em respirar ou uma sensação de sufocamento?	NÃO	SIM
	e	Você teve a impressão de engasgar ou de ter um nó na sua garganta?	NÃO	SIM
	f	Você sentiu dor, pressão ou desconforto no peito?	NÃO	SIM
	g	Você teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina?	NÃO	SIM
	h	Você se sentiu tonto(a), com vertigens, cambaleante ou ao ponto de quase desmaiar?	NÃO	SIM
	i	Você teve ondas de frio ou de calor?	NÃO	SIM
	j	Você teve dormências ou formigamentos?	NÃO	SIM
	k	Você teve a impressão de que as coisas à sua volta eram estranhas, irreais, pouco comuns ou estavam desconectadas, ou você se sentiu fora ou desconectado(a) de todo ou de parte do seu corpo?	NÃO	SIM
	l	Você teve medo de enlouquecer ou de perder o controle?	NÃO	SIM
	m	Você teve medo de morrer?	NÃO	SIM
D5		D3 E 4 OU MAIS RESPOSTAS EM D4 FORAM ASSINALADAS SIM?	➡ NÃO	SIM <small>TRANSTORNO DE PÂNICO AO LONGO DA VIDA</small>
D6		Durante o último mês, você sentiu uma preocupação constante de ter outro ataque ou se preocupou com as consequências dos ataques, ou você mudou seu comportamento de alguma maneira por causa dos ataques?	NÃO	SIM <small>TRANSTORNO DE PÂNICO ATUAL</small>

D5 OU D6 FOI ASSINALADA SIM,

E

“DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (SUMÁRIO DE O2)” FOI ASSINALADA SIM?

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL E / OU AO LONGO DA VIDA.

NÃO **SIM**

**TRANSTORNO DE
PÂNICO**

AO LONGO DA VIDA
ATUAL

E. AGORAFOBIA

62

(➡ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO QUADRO DIAGNÓSTICO, ASSINALAR **NÃO** E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE)

E1 Você se sente ansioso(a) ou pouco à vontade em lugares ou em situações nas quais pode não haver ajuda ou pode ser difícil escapar se você tiver um ataque de pânico ou sintomas de pânico ou sintomas que lhe deixem pouco à vontade como:
estar numa multidão ou esperar numa fila,
estar num espaço aberto ou atravessar uma ponte,
estar em um espaço fechado,
ficar sozinho(a) longe de casa ou sozinho(a) em casa,
viajar de ônibus, de trem ou de carro ou utilizar transporte público?

➡
NÃO SIM

HÁ PELO MENOS 2 SITUAÇÕES CITADAS ACIMA EM E1 ASSINALADAS **SIM**?

➡
NÃO SIM

E2 Essas situações quase sempre trazem medo ou ansiedade?

➡
NÃO SIM

E3 Você tem tanto medo dessas situações que as evita, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou precisa estar acompanhado(a) para enfrentá-las?

➡
NÃO SIM

E4 Este medo ou ansiedade são excessivos ou fora de proporção em relação ao perigo real da situação?

➡
NÃO SIM

E5 O ato de evitar, o medo ou a ansiedade persistiram por pelo menos 6 meses?

➡
NÃO SIM

E6 Esses sintomas causaram sofrimento ou problemas importantes em casa, no trabalho, socialmente, na escola ou de qualquer outra maneira importante?

➡
NÃO SIM

E6 FOI ASSINALADA SIM?

NÃO SIM

**AGORAFOBIA
ATUAL**

F. TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL (fobia social)

63

(➡ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO QUADRO DIAGNÓSTICO, ASSINALAR **NÃO** E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE)

F1	Durante o último mês, você teve medo constantemente e sentiu uma grande ansiedade ao ser observado(a), por ser o centro das atenções ou de ser humilhado(a) ou de se sentir pouco à vontade ou rejeitado(a)? Isso inclui coisas como falar em público, comer em público ou com outras pessoas, escrever com alguém olhando, fazer algo em frente de outras pessoas ou participar de situações sociais.	➡ NÃO	SIM
----	---	----------	-----

EXEMPLOS DE TAIS SITUAÇÕES SOCIAIS NORMALMENTE INCLUEM:

- COMEÇAR OU MANTER UMA CONVERSA,
- PARTICIPAR DE PEQUENOS GRUPOS,
- ENCONTROS AMOROSOS,
- FALAR COM AUTORIDADES,
- IR A FESTAS,
- FALAR EM PÚBLICO,
- COMER EM FRENTE DE OUTRAS PESSOAS,
- FAZER ALGO EM FRENTE DE OUTRAS PESSOAS,
- URINAR EM UM BANHEIRO PÚBLICO, ETC.

F2	Essas situações sociais quase sempre trazem medo ou ansiedade?	➡ NÃO	SIM
F3	Você tem tanto medo dessas situações que as evita, sofre quando as enfrenta ou precisa estar acompanhado(a) para enfrentá-las?	➡ NÃO	SIM
F4	Esse medo social ou ansiedade é excessivo ou injustificado nessas situações sociais?	➡ NÃO	SIM
F5	O ato de evitar contato social, o medo ou a ansiedade persistiram por pelo menos 6 meses?	➡ NÃO	SIM
F6	Esses medos de interações sociais causaram sofrimentos significativos ou interferiram em sua capacidade de agir no trabalho, na escola ou socialmente ou em seus relacionamentos ou de qualquer outra maneira importante?	➡ NÃO	SIM

F6 ASSINALADA SIM?

E

“DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (SUMÁRIO DE O2)” FOI ASSINALADA **SIM**?

OBSERVAÇÃO PARA O CLÍNICO: ESPECIFIQUE SE OS TEMORES DO ENTREVISTADO SE RESTRINGEM A FALAR OU FAZER ALGO EM PÚBLICO.

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL (fobia social) ATUAL	
RESTRITO SOMENTE AO DESEMPENHO TAS <input type="checkbox"/>	

G. TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

(➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO QUADRO DIAGNÓSTICO, ASSINALAR **NÃO** E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE)

G1	a	Durante o último mês, você foi incomodado(a) por pensamentos, impulsos ou imagens indesejáveis, desagradáveis, inapropriados, intrusivos ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (Por exemplo, a ideia de que estava sujo(a), contaminado(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou medo de agredir alguém mesmo se isso o(a) incomoda ou causa sofrimento ou medo de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou obsessões com pensamentos, imagens ou impulsos sexuais, ou obsessões religiosas.)	NÃO ↓ PASSAR PARA G3a	SIM
G1	b	Durante o último mês, você tentou eliminar esses pensamentos, impulsos ou imagens ou tentou neutralizar ou reduzi-los com algum outro tipo de pensamento ou ação?	NÃO ↓ PASSAR PARA G3a	SIM

(NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO PREOCUPAÇÕES EXCESSIVAS COM PROBLEMAS DA VIDA COTIDIANA. NÃO LEVAR EM CONSIDERAÇÃO OBSESSÕES DIRETAMENTE LIGADAS A COLECIONISMO, TRICOTILOMANIA, ESCORIAÇÃO NEURÓTICA, TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, TRANSTORNOS ALIMENTARES, DESVIOS SEXUAIS, JOGO PATOLÓGICO, ABUSO DE SUBSTÂNCIAS OU ÁLCOOL, PORQUE O PACIENTE PODE TER PRAZER COM ESSAS EXPERIÊNCIAS E DESEJAR RESISTIR A ELAS APENAS POR SUAS CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS.)

G2	Esses pensamentos, impulsos ou imagens voltavam repetidamente à sua mente mesmo quando você tentava resistir, ignorá-los ou se livrar deles?	NÃO	SIM
----	--	-----	-----

obsessões

G3	a	No último mês, você se sentiu compelido(a) a fazer certas coisas sem parar, em resposta a uma obsessão ou a uma regra rigorosa, como lavar ou limpar muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar ou repetir, arrumar as coisas ou fazer outros rituais supersticiosos?	NÃO	SIM
G3	b	Esses rituais são feitos para evitar ou reduzir a ansiedade ou a angústia ou para evitar que coisas ruins aconteçam e são excessivos ou irrazoáveis?	NÃO	SIM

compulsões

(G1a E G1b E G2) OU (G3a E G3b) FORAM ASSINALADAS **SIM**?

➔
NÃO SIM

G4 No último mês, esses pensamentos obsessivos e/ou esses comportamentos compulsivos causaram sofrimento significativo ou interferiram na sua capacidade de agir em casa, no trabalho, na escola, socialmente, em seus relacionamentos ou de qualquer outra maneira importante ou levaram mais do que uma hora por dia?

E

“DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (SUMÁRIO DE O2)” FOI ASSINALADA **SIM**?
 (VERIFIQUE QUALQUER SINTOMA OBSESSIVO-COMPULSIVO INICIADO EM 3 SEMANAS APÓS UMA INFECÇÃO)

ESPECIFICAR O NÍVEL DO INSIGHT E SE O EPISÓDIO É RELACIONADO A TIQUE.

NÃO	SIM
TOC ATUAL	
INSIGHT:	
BOM OU RAZOÁVEL	<input type="checkbox"/>
FRACO	<input type="checkbox"/>
AUSENTE	<input type="checkbox"/>
CRENÇAS	<input type="checkbox"/>
DELIRANTES	<input type="checkbox"/>
RELACIONADO A TIQUE	<input type="checkbox"/>

H. TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

65

(➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO QUADRO DIAGNÓSTICO, ASSINALAR **NÃO** E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE)

H1	Você alguma vez viveu ou foi testemunha ou teve que enfrentar um acontecimento extremamente traumático, no decorrer do qual morreram pessoas, ou você e/ou outros foram ameaçados de morte ou foram gravemente feridos ou sofreram violência sexual? EXEMPLOS DE EVENTOS TRAUMÁTICOS: ACIDENTES GRAVES, AGRESSÃO FÍSICA OU SEXUAL, ATENTADO, SEQUESTRO, RAPTO, INCÊNDIO, DESCOBERTA DE CADÁVER, GUERRA, CATÁSTROFE NATURAL, TESTEMUNHAR MORTE VIOLENTA OU SÚBITA DE UMA PESSOA CONHECIDA OU DOENÇA MORTAL.	➔ NÃO	SIM
H2	Após o acontecimento traumático, você começou a reviver repetidamente esse evento de uma maneira angustiante e indesejável (como sonhos recorrentes relacionados ao evento, recordações ou lembranças intensas, flashbacks ou como se estivesse acontecendo novamente) ou você teve reações físicas ou psicológicas quando lembrou sobre o evento ou quando exposto(a) a uma situação similar?	➔ NÃO	SIM
H3	Durante o último mês:		
a	Você tentou constantemente evitar pensar ou lembrar de detalhes ou sentimentos angustiantes relacionados ao acontecimento?	NÃO	SIM
b	Você tentou constantemente evitar pessoas, conversas, lugares, situações, atividades ou coisas que trazem de volta lembranças angustiantes sobre o acontecimento?	NÃO	SIM
	HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA EM H3 ASSINALADAS SIM ?	➔ NÃO	SIM
H4	Durante o último mês:		
a	Você teve dificuldade em lembrar alguma parte importante do trauma? (mas não por causa ou relacionado a trauma de crânio, álcool ou drogas).	NÃO	SIM
b	Você foi negativo(a) sobre si mesmo(a) ou sobre outras pessoas ou sobre o mundo de forma constante e injustificada?	NÃO	SIM
c	Você constantemente se culpava ou culpava os outros de forma injustificada pelo trauma?	NÃO	SIM
d	Seus sentimentos sempre foram negativos (como medo, horror, raiva, culpa ou vergonha)?	NÃO	SIM
e	Você se interessou muito menos em participar de atividades que eram importantes para você antes?	NÃO	SIM
f	Você se sentiu desligado(a) de tudo ou alheio(a) em relação aos outros?	NÃO	SIM
g	Você foi incapaz de sentir qualquer bom sentimento (como felicidade, satisfação ou sentimentos amorosos)?	NÃO	SIM
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS EM H4 ASSINALADAS SIM ?	➔ NÃO	SIM
H5	Durante o último mês:		
a	Você esteve particularmente irritável ou teve explosões de raiva com pequenas provocações ou mesmo sem elas?	NÃO	SIM
b	Você esteve mais imprudente ou autodestrutivo?	NÃO	SIM
c	Você esteve mais nervoso(a) ou constantemente na defensiva?	NÃO	SIM
d	Você ficou sobressaltado(a) mais facilmente?	NÃO	SIM
e	Você teve mais dificuldade para se concentrar?	NÃO	SIM

f	Você teve mais dificuldade para dormir?	NÃO	SIM	66
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS SIM EM H5?	➡ NÃO	SIM	
H6	Todos esses problemas começaram após o acontecimento traumático e duraram mais de um mês?	➡ NÃO	SIM	

H7 Durante o último mês, esses problemas causaram sofrimento significativo ou interferiram em sua capacidade de agir em casa, no trabalho, na escola, socialmente, em seus relacionamentos ou de qualquer outra maneira importante?

E

“DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (SUMÁRIO DE O2)” FOI ASSINALADA **SIM**?

ESPECIFICAR SE A CONDIÇÃO ESTÁ ASSOCIADA COM DESPERSONALIZAÇÃO, DESREALIZAÇÃO OU COM MANIFESTAÇÃO TARDIA.

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATUAL	
COM	
DESPERSONALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/>
DESREALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/>
MANIFESTAÇÃO TARDIA	<input type="checkbox"/>

I. TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL

67

(➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO QUADRO DIAGNÓSTICO, ASSINALAR **NÃO** E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE)

l1	Nos últimos 12 meses , você bebeu mais de 3 doses de álcool, dentro de um período de 3 horas, em 3 ou mais ocasiões?	➔ NÃO	SIM
l2	Durante os últimos 12 meses:		
a	Quando você começava a beber, você acabava bebendo mais do que pretendia?	NÃO	SIM
b	Você quis repetidamente diminuir ou controlar seu consumo de álcool? Você tentou, mas não conseguiu, diminuir ou controlar seu consumo de álcool? SE SIM EM QUALQUER UMA, ASSINALAR SIM .	NÃO	SIM
c	Nos dias em que bebia, você passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool?	NÃO	SIM
d	Você ficou fissurado(a) ou teve um desejo intenso ou urgência de beber?	NÃO	SIM
e	Você passou menos tempo cumprindo suas responsabilidades no trabalho, na escola ou em casa por causa do consumo repetido de bebida?	NÃO	SIM
f	Você continuou a beber, mesmo sabendo que a bebida causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas?	NÃO	SIM
g	Você, mais de uma vez, esteve sob o efeito do álcool em alguma situação em que você ou outras pessoas corriam riscos fisicamente, como, por exemplo, dirigir carro ou moto, utilizar uma máquina ou um barco etc.?	NÃO	SIM
h	Você continuou a usar álcool, mesmo depois de ficar claro que o álcool causou ou piorou seus problemas físicos ou psicológicos?	NÃO	SIM
i	Você passou menos tempo ou deixou de fazer trabalhos importantes ou atividades sociais ou de lazer por causa da bebida?	NÃO	SIM
j	Você precisou beber muito mais para obter o mesmo efeito de quando começou a beber ou você obteve muito menos efeito bebendo regularmente a mesma quantidade de álcool?	NÃO	SIM
k1	Quando você cortava ou reduzia períodos de consumo intenso ou prolongado de bebida, sentia algum dos sintomas abaixo:	NÃO	SIM
	1. suava mais ou seus batimentos cardíacos aumentavam	<input type="checkbox"/>	
	2. as mãos tremiam ou “tremores involuntários”	<input type="checkbox"/>	
	3. problemas de sono	<input type="checkbox"/>	
	4. náusea ou vômitos	<input type="checkbox"/>	
	5. ouvir ou ver coisas que outras pessoas não podiam ver ou ouvir ou ter sensações na pele sem motivo aparente	<input type="checkbox"/>	
	6. agitação	<input type="checkbox"/>	
	7. ansiedade	<input type="checkbox"/>	
	8. convulsões	<input type="checkbox"/>	
	SE SIM PARA PELO MENOS 2 DAS 8 ACIMA, ASSINALAR k1 COMO SIM .		
k2	Você bebia para diminuir ou evitar sintomas de abstinência ou para evitar uma ressaca?	NÃO	SIM

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS I2 DE I2a ATÉ O SUMÁRIO DE I2k ASSINALADAS SIM?

(I2k1 e I2k2 JUNTAS CONTAM COMO UMA ENTRE ESSAS OPÇÕES)

NÃO	SIM
TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL	
12 ÚLTIMOS MESES	

ESPECIFICADORES PARA TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL:

LEVE = 2 A 3 SINTOMAS DE I2

MODERADO = 4 A 5 SINTOMAS DE I2

GRAVE = PELO MENOS 6 SINTOMAS DE I2

EM REMISSÃO RECENTE = CRITÉRIOS NÃO ATENDIDOS PARA ENTRE 3 E 12 MESES

EM REMISSÃO SUSTENTADA = CRITÉRIOS NÃO ATENDIDOS PARA 12 MESES OU MAIS (AMBOS COM EXCEÇÃO DO CRITÉRIO d – (FISSURA) ACIMA).

EM UM AMBIENTE CONTROLADO = ONDE O ACESSO AO ÁLCOOL É RESTRITO

ESPECIFIQUE SE:	
LEVE	<input type="checkbox"/>
MODERADO	<input type="checkbox"/>
GRAVE	<input type="checkbox"/>
EM REMISSÃO RECENTE	<input type="checkbox"/>
EM REMISSÃO SUSTENTADA	<input type="checkbox"/>
EM UM AMBIENTE CONTROLADO	<input type="checkbox"/>

(➡ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO QUADRO DIAGNÓSTICO, ASSINALAR **NÃO** E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE)

Agora, eu vou lhe mostrar / ler uma lista de drogas e de medicamentos.			➡	
J1	a	Nos últimos 12 meses , você usou, mais de uma vez, alguma destas substâncias para se sentir melhor, para ficar “de cabeça feita / chapado(a)” ou para mudar o seu estado de humor?	NÃO	SIM

FAZER UM CÍRCULO EM TORNO DE CADA SUBSTÂNCIA CONSUMIDA

Estimulantes: anfetaminas, “bolinha”, “rebite”, “ice”, cristal de metanfetamina, Ritalina, pílulas para emagrecer.

Cocaína: pó, cocaína injetada, “coca”, pasta base, crack, folha de coca.

Opiáceos: heroína, morfina, hidromorfona, ópio, Elixir Paregórico, meperidina, Demerol, Dolantina, metadona, propoxifeno, codeína, Belacodid meperidina, oxicodona, Oxycontin, Vicodin, Tylex, Tramal.

Alucinógenos: L.S.D., “ácido”, mescalina, peiote, psilocibina, STP, “cogumelos”, ecstasy, MDA, MDMA.

Drogas dissociativas: PCP (fenciclidina, “pó de anjo”, “cristal”, “ciclone”) ou quetamina (“K”, “special K”, “vitamina K”).

Inalantes: “cola”, éter, óxido nitroso (gás hilariante) “poppers”, “cheirinho da loló”, “lança perfume”.

Canabinoides: cânabis, “erva”, maconha, “baseado”, “beise”, “bagulho”, haxixe, THC.

Sedativos, hipnóticos, ansiolíticos: Valium, Diazepam, Lexotan, Lorax, Halcion, Frontal, GHB, Rohypnol, barbitúricos.

Diversos: anabolizantes, esteroides, remédio para dormir ou emagrecer vendidos sem receita. Xarope para tosse? Você usou outras substâncias?

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

QUAIS SÃO AS SUBSTÂNCIAS QUE CAUSAM OS PIORES PROBLEMAS? _____

EXPLORAR PRIMEIRO OS CRITÉRIOS ABAIXO PARA A CLASSE DE SUBSTÂNCIA QUE CAUSA OS PIORES PROBLEMAS E QUE MAIS PROVAVELMENTE ATENDA AOS CRITÉRIOS PARA TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS. SE VÁRIAS CLASSES DE SUBSTÂNCIA FORAM UTILIZADAS ABUSIVAMENTE, EXPLORAR TODAS OU AQUELAS QUE FOREM NECESSÁRIAS PARA O PROTOCOLO.

J2	Considerando o seu consumo de (SUBSTÂNCIA / CLASSE DA SUBSTÂNCIA SELECIONADA) nos últimos 12 meses:		
a	Quando começava a usar a droga, você acabava usando mais (SUBSTÂNCIA / CLASSE DA SUBSTÂNCIA SELECIONADA) do que pretendia?	NÃO	SIM
b	Você quis repetidamente diminuir ou parar de usar (SUBSTÂNCIA / CLASSE DA SUBSTÂNCIA SELECIONADA)? Você tentou, mas não conseguiu, diminuir ou controlar (SUBSTÂNCIA / CLASSE DA SUBSTÂNCIA SELECIONADA)? SE SIM EM QUALQUER UMA, ASSINALAR SIM.	NÃO	SIM
c	Nos dias em que você usava mais (SUBSTÂNCIA / CLASSE DA SUBSTÂNCIA SELECIONADA), você passava bastante tempo tentando conseguir (SUBSTÂNCIA / CLASSE DA SUBSTÂNCIA SELECIONADA), se drogando, ou se recuperando dos seus efeitos?	NÃO	SIM
d	Você ficou fissurado ou teve um desejo intenso ou urgência de usar (SUBSTÂNCIA / CLASSE DA SUBSTÂNCIA SELECIONADA)?	NÃO	SIM
e	Você passou menos tempo cumprindo suas responsabilidades no trabalho, na escola ou em casa por causa do uso repetido de (SUBSTÂNCIA / CLASSE DA SUBSTÂNCIA SELECIONADA)?	NÃO	SIM
f	Você continuou a usar (SUBSTÂNCIA / CLASSE DA SUBSTÂNCIA SELECIONADA) mesmo sabendo que esta(s) droga(s) causava(m) problemas com os seus familiares ou com outras pessoas?	NÃO	SIM
g	Você, mais de uma vez, esteve sob o efeito da droga em alguma situação em que isso era fisicamente arriscado, como, por exemplo, dirigir carro ou moto, utilizar uma máquina ou um barco, etc.?	NÃO	SIM

h	Você continuou a fazer uso de (SUBSTÂNCIA / CLASSE DA SUBSTÂNCIA SELECIONADA) mesmo depois de ter ficado claro que (SUBSTÂNCIA / CLASSE DA SUBSTÂNCIA SELECIONADA) causou ou piorou seus problemas psicológicos ou físicos?	NÃO	SIM	70
i	Você passou menos tempo ou deixou de fazer trabalhos importantes, atividades sociais ou de lazer por causa de (SUBSTÂNCIA / CLASSE DA SUBSTÂNCIA SELECIONADA)?	NÃO	SIM	
j	Você precisou usar muito mais (SUBSTÂNCIA / CLASSE DA SUBSTÂNCIA SELECIONADA) para obter o mesmo efeito de quando começou a utilizar ou você obteve muito menos efeito usando regularmente a mesma quantidade? ESTE CRITÉRIO É ASSINALADO NÃO SE A MEDICAÇÃO FOR PRESCRITA E UTILIZADA SOB SUPERVISÃO MÉDICA APROPRIADA.	NÃO	SIM	
k1	Quando você cortava ou reduzia períodos de uso intenso ou prolongado de drogas, sentia algum dos sintomas de abstinência abaixo: SE SIM PARA O NÚMERO EXIGIDO DE SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA PARA CADA CLASSE, ASSINALAR J2k1 COMO SIM . ESTE CRITÉRIO É ASSINALADO NÃO SE A MEDICAÇÃO FOR PRESCRITA E UTILIZADA SOB SUPERVISÃO MÉDICA APROPRIADA.	NÃO	SIM	
	Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (2 ou mais sintomas de abstinência)			
	1. suava mais ou os batimentos cardíacos aumentavam		<input type="checkbox"/>	
	2. mãos trêmulas ou “tremores involuntários”		<input type="checkbox"/>	
	3. problemas de sono		<input type="checkbox"/>	
	4. náusea ou vômitos		<input type="checkbox"/>	
	5. ouvir ou ver coisas que outras pessoas não podiam ver ou ouvir ou ter sensações na pele sem motivo aparente		<input type="checkbox"/>	
	6. agitação		<input type="checkbox"/>	
	7. ansiedade		<input type="checkbox"/>	
	8. convulsões		<input type="checkbox"/>	
	Opiáceos (3 ou mais sintomas de abstinência)			
	1. sentimento de depressão		<input type="checkbox"/>	
	2. náusea ou vômitos		<input type="checkbox"/>	
	3. dores musculares		<input type="checkbox"/>	
	4. nariz escorrendo ou olhos lacrimejantes		<input type="checkbox"/>	
	5. pupilas dilatadas, arrepios ou pelos arrepiados ou sudorese		<input type="checkbox"/>	
	6. diarreia		<input type="checkbox"/>	
	7. bocejos		<input type="checkbox"/>	
	8. calorões		<input type="checkbox"/>	
	9. problemas de sono		<input type="checkbox"/>	
	Estimulantes e cocaína (2 ou mais sintomas de abstinência)			
	1. fadiga		<input type="checkbox"/>	
	2. sonhos vívidos ou desagradáveis		<input type="checkbox"/>	
	3. dificuldade para dormir ou dormir muito		<input type="checkbox"/>	
	4. aumento do apetite		<input type="checkbox"/>	
	5. sentindo ou parecendo fisicamente ou mentalmente devagar		<input type="checkbox"/>	
	Maconha (3 ou mais sintomas de abstinência)			
	1. irritabilidade, raiva ou agressão		<input type="checkbox"/>	
	2. nervosismo ou ansiedade		<input type="checkbox"/>	
	3. dificuldade para dormir		<input type="checkbox"/>	
	4. perda de apetite ou de peso		<input type="checkbox"/>	
	5. inquietação		<input type="checkbox"/>	
	6. sentimento de depressão		<input type="checkbox"/>	
	7. desconforto significativo de um dos seguintes: “dor de estômago”, tremores ou “tremores involuntários”, suores, calorões, arrepios, dores de cabeça		<input type="checkbox"/>	
k2	Você utilizou (SUBSTÂNCIA / CLASSE DA SUBSTÂNCIA SELECIONADA) para reduzir ou evitar sintomas da abstinência?	NÃO	SIM	
	SUMÁRIO DE J2k : SE SIM PARA J2k1 OU J2k2, ASSINALAR SIM.	NÃO	SIM	

HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS EM J2 DE J2a ATÉ O SUMÁRIO DE J2k ASSINALADAS SIM? (J2k1 E J2k2 JUNTAS CONTAM COMO UMA ENTRE ESSAS OPÇÕES.)

NÃO	SIM
TRANSTORNO DEVIDO AO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS <i>(substância ou nome da classe da substância)</i>	
12 ÚLTIMOS MESES	

ESPECIFICADORES PARA TRANSTORNO DEVIDO AO ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S):

LEVE = 2 A 3 SINTOMAS DE J2
 MODERADO = 4 A 5 SINTOMAS DE J2
 GRAVE = PELO MENOS 6 SINTOMAS EM J2

EM REMISSÃO RECENTE = CRITÉRIOS NÃO ATENDIDOS PARA ENTRE 3 E 12 MESES

EM REMISSÃO SUSTENTADA = CRITÉRIOS NÃO ATENDIDOS PARA 12 MESES OU MAIS (AMBOS COM EXCEÇÃO DO **CRITÉRIO d** – (FISSURA) ACIMA).

EM UM AMBIENTE CONTROLADO = ONDE O ACESSO À SUBSTÂNCIA / DROGA É RESTRITO

ESPECIFIQUE SE:	
LEVE	<input type="checkbox"/>
MODERADO	<input type="checkbox"/>
GRAVE	<input type="checkbox"/>
EM REMISSÃO RECENTE	<input type="checkbox"/>
EM REMISSÃO SUSTENTADA	<input type="checkbox"/>
EM UM AMBIENTE CONTROLADO	<input type="checkbox"/>

K. TRANSTORNOS PSICÓTICOS E TRANSTORNO DO HUMOR COM SINTOMAS PSICÓTICOS

72

PARA TODAS AS PERGUNTAS DESTE MÓDULO, PEDIR UM EXEMPLO EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA. SÓ ASSINALAR **SIM** SE OS EXEMPLOS MOSTRAM CLARAMENTE UMA DISTORÇÃO DO PENSAMENTO OU DA PERCEPÇÃO OU SE SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADOS. O OBJETIVO DESTE MÓDULO É EXCLUIR PACIENTES COM TRANSTORNOS PSICÓTICOS. É NECESSÁRIO EXPERIÊNCIA PARA APLICAR ESTE MÓDULO.

Agora eu vou lhe fazer algumas perguntas sobre experiências pouco comuns que algumas pessoas podem ter.

K1	a	Você alguma vez acreditou que alguém o(a) espionava ou estava conspirando contra você ou tentando lhe fazer mal? OBS.: PEDIR EXEMPLOS PARA DESCARTAR UMA PERSEGUIÇÃO REAL.	NÃO	SIM
	b	SE SIM: Você atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM
K2	a	Você alguma vez acreditou que alguém podia ler ou ouvir seus pensamentos ou que você podia ler ou ouvir os pensamentos de outra(s) pessoa(s)?	NÃO	SIM
	b	SE SIM: Você atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM
K3	a	Você alguma vez acreditou que alguém ou alguma força exterior colocava, dentro da sua cabeça, pensamentos que não eram os seus ou fazia você agir de uma maneira diferente do seu jeito habitual? Você alguma vez acreditou que estava possuído(a)? CLÍNICO: PEDIR EXEMPLOS E EXCLUIR QUALQUER UM QUE NÃO SEJA PSICÓTICO.	NÃO	SIM
	b	SE SIM: Você atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM
K4	a	Você alguma vez acreditou que estava recebendo mensagens especiais através da televisão, do rádio, da internet, do jornal, de livros ou de revistas, ou que alguém que você não conhecia pessoalmente estava particularmente interessado em você?	NÃO	SIM
	b	SE SIM: Você atualmente acredita nisso?	NÃO	SIM
K5	a	Você alguma vez teve ideias que seus parentes ou amigos acharam estranhas ou pouco comuns? CLÍNICO: PEDIR EXEMPLOS. ASSINALAR SIM APENAS SE OS EXEMPLOS SÃO IDEIAS DELIRANTES EVIDENTES NÃO EXPLORADAS NAS PERGUNTAS DE K1 A K4 . POR EXEMPLO, IDEIAS DELIRANTES SOMÁTICAS OU RELIGIOSAS, DE MORTE, DOENÇA OU IDEIAS DELIRANTES DE GRANDEZA, CIÚMES OU CULPA, INADEQUAÇÃO, RUÍNA OU POBREZA, OU IDEIAS DELIRANTES NIILÍSTICAS.	NÃO	SIM
	b	SE SIM: Eles atualmente acham suas ideias estranhas ou incomuns?	NÃO	SIM
K6	a	Você alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes? SE SIM PARA ALUCINAÇÃO AUDITIVA: Essas vozes comentavam seus pensamentos ou seus atos ou você ouvia duas ou mais vozes falando uma com a outra?	NÃO	SIM
	b	SE SIM PARA K6a: Você ouviu sons / vozes durante o último mês? SE SIM PARA ALUCINAÇÃO AUDITIVA: Essas vozes comentavam seus pensamentos ou seus atos ou você ouvia duas ou mais vozes falando uma com a outra?	NÃO	SIM

K7	a	Você alguma vez teve visões quando estava acordado(a) ou viu coisas que outras pessoas não conseguiam ver? CLÍNICO: VERIFICAR SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS.	NÃO	SIM
	b	SE SIM : você viu essas coisas durante o último mês?	NÃO	SIM
JULGAMENTO DO CLÍNICO				
K8	a	O PACIENTE ALGUMA VEZ NO PASSADO APRESENTOU UM DISCURSO DESORGANIZADO, INCOERENTE OU CONFUSO, OU APRESENTOU UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES?	NÃO	SIM
K8	b	ATUALMENTE O PACIENTE APRESENTA UM DISCURSO DESORGANIZADO, INCOERENTE OU CONFUSO, OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES?	NÃO	SIM
K9	a	O PACIENTE ALGUMA VEZ NO PASSADO APRESENTOU UM COMPORTAMENTO DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM
K9	b	ATUALMENTE O PACIENTE APRESENTA UM COMPORTAMENTO DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?	NÃO	SIM
K10	a	O PACIENTE ALGUMA VEZ NO PASSADO APRESENTOU SINTOMAS NEGATIVOS, POR EXEMPLO, REDUÇÃO SIGNIFICATIVA DA EXPRESSÃO EMOCIONAL OU EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO (ALOGIA), OU INCAPACIDADE DE INICIAR OU PERSISTIR EM ATIVIDADES DIRECIONADAS (AVOLIÇÃO)?	NÃO	SIM
K10	b	OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS, POR EXEMPLO, REDUÇÃO SIGNIFICATIVA DE EXPRESSÃO EMOCIONAL OU EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO (ALOGIA), OU DIFICULDADE PARA INICIAR OU PERSISTIR EM ATIVIDADES DIRIGIDAS A UM OBJETIVO (AVOLIÇÃO) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA?	NÃO	SIM
K11	a	HÁ PELO MENOS 1 PERGUNTA “a” DE K1a A K7a ASSINALADA SIM ?		
		E PODE SER:		
		O EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (ATUAL, RECORRENTE OU PASSADO)		
		OU		
		O EPISÓDIO MANÍACO OU HIPOMANÍACO (ATUAL OU PASSADO) FOI AVALIADO SIM ?		
		E		
		QUANTO TEMPO O EPISÓDIO DE HUMOR DUROU? _____		
		QUANTO TEMPO O EPISÓDIO PSICÓTICO DUROU? _____		
		SE TAL EPISÓDIO DE HUMOR ESTIVER PRESENTE, ASSINALAR SIM PARA K11a SOMENTE SE O DISTÚRBO DE HUMOR ESTIVER PRESENTE DURANTE A MAIOR PARTE DA DURAÇÃO TOTAL DOS PERÍODOS ATIVOS E RESIDUAIS DOS SINTOMAS PSICÓTICOS. CASO CONTRÁRIO, ASSINALAR NÃO .	NÃO	SIM
			↳ K13	
		SE NÃO PARA K11a E SE A DURAÇÃO TOTAL DO EPISÓDIO DE HUMOR FOR INFERIOR À DURAÇÃO TOTAL DO EPISÓDIO PSICÓTICO, ASSINALAR NÃO EM AMBOS OS QUADROS DIAGNÓSTICOS DE “TRANSTORNO DO HUMOR COM SINTOMAS PSICÓTICOS” E PASSAR PARA K13 .		

b Há pouco você me contou que teve períodos em que se sentiu (deprimido(a)/eufórico(a)/constantemente irritável).

As crenças e experiências que você acabou de descrever (SINTOMAS ASSINALADOS SIM DE K1a ATÉ K7a) se restringem exclusivamente as vezes em que se sentia deprimido(a)/eufórico(a)/irritável?

SE O PACIENTE ALGUMA VEZ TEVE UM PERÍODO DE PELO MENOS 2 SEMANAS TENDO ESSAS CRENÇAS OU ESSA EXPERIÊNCIA (SINTOMAS PSICÓTICOS) QUANDO NÃO ESTAVA DEPRIMIDO/EUFÓRICO/IRRITÁVEL, ASSINALAR NÃO PARA ESSE TRANSTORNO.

SE A RESPOSTA É NÃO PARA ESSE GRUPO DE TRANSTORNOS, TAMBÉM ASSINALAR NÃO PARA K12 E PASSAR PARA K13.

NÃO SIM

TRANSTORNO DO HUMOR COM SINTOMAS PSICÓTICOS

AO LONGO DA VIDA

K12 a HÁ PELO MENOS 1 PERGUNTA “b” ASSINALADA SIM DE K1b A K7b?

E PODE SER:

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (ATUAL)
OU

EPISÓDIO MANÍACO OU HIPOMANÍACO (ATUAL) FOI ASSINALADO SIM?

SE A RESPOSTA FOI SIM PARA ESSE TRANSTORNO (AO LONGO DA VIDA OU ATUAL), ASSINALAR NÃO PARA K13 E K14 E PASSAR PARA O PRÓXIMO MÓDULO.

NÃO SIM

TRANSTORNO DO HUMOR COM SINTOMAS PSICÓTICOS

ATUAL

K13 HÁ PELO MENOS 1 PERGUNTA “b” ASSINALADA SIM DE K1b A K8b?

E

HÁ PELO MENOS 2 PERGUNTAS “b” ASSINALADAS SIM DE K1b A K10b?

E PELO MENOS DOIS DOS SINTOMAS PSICÓTICOS ACONTECERAM DURANTE UM MESMO PERÍODO DE 1 MÊS?

E

“DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (SUMÁRIO DE O2)” FOI ASSINALADA SIM?

NÃO SIM

TRANSTORNO PSICÓTICO ATUAL

K14 K13 FOI ASSINALADA SIM?

OU

(HÁ PELO MENOS 1 PERGUNTA “a” DE K1a A K8a ASSINALADA SIM?

E

HÁ PELO MENOS 2 PERGUNTAS “a” DE K1a A K10a ASSINALADAS SIM?

E

PELO MENOS 2 SINTOMAS PSICÓTICOS ACONTECERAM DURANTE UM MESMO PERÍODO DE 1 MÊS?)

E

“DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (SUMÁRIO DE O2)” FOI ASSINALADA SIM?

NÃO SIM

TRANSTORNO PSICÓTICO AO LONGO DA VIDA

L. ANOREXIA NERVOSA

(➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO QUADRO DIAGNÓSTICO, ASSINALAR **NÃO** E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE)

L1	a	Qual é a sua altura?	<input type="checkbox"/>	pés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pol
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cm
	b	Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lb
			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	kg
	c	O PESO DO PACIENTE É IGUAL OU INFERIOR AO LIMITE ACEITÁVEL INDICADO PARA A SUA ALTURA? (VER TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO)	➔		NÃO	SIM	

Durante os últimos 3 meses:

L2		Você tentou não engordar, embora pesasse pouco, ou restringir a ingestão de alimentos?	➔		NÃO	SIM	
L3		Você teve muito medo de engordar ou de ficar gordo(a), apesar de estar abaixo do seu peso?	➔		NÃO	SIM	
L4	a	Você achou que era muito gordo(a) ou pensou que parte do seu corpo era muito gorda?			NÃO	SIM	
	b	A sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua autoestima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais?			NÃO	SIM	
	c	Você achou que o seu peso baixo atual era normal ou até excessivo?			NÃO	SIM	
L5		HÁ PELO MENOS 1 SIM EM L4?	➔		NÃO	SIM	

L5 FOI ASSINALADA **SIM**?

NÃO	SIM
ANOREXIA NERVOSA ATUAL	

TABELA DE ALTURA / PESO CORRESPONDENTE AO LIMITE ACEITÁVEL DE IMC DE 17,0 KG/M²

Altura/peso		4'9	4'10	4'11	5'0	5'1	5'2	5'3	5'4	5'5	5'6	5'7	5'8	5'9	5'10
pés/pol		79	82	84	87	90	93	96	99	102	106	109	112	115	119
lb		36	37	38,5	39,5	41	42,5	43,5	45,5	46,5	48	49	51	52	54
cm		145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170	173	175	178
kg		55	57	58,5	60	62									

Altura/peso		5'11	6'0	6'1	6'2	6'3
pés/pol		122	125	129	133	136
lb		180	183	185	188	191
cm		55	57	58,5	60	62

Os limites aceitáveis de peso acima são calculados com o índice de massa corporal (IMC) igual ou inferior a 17,0 kg/m² para a altura do paciente utilizando a calculadora de IMC do Center of Disease Control & Prevention. Esta é a diretriz de limite aceitável de peso abaixo do qual uma pessoa é considerada muito abaixo de seu peso segundo o DSM-5 para anorexia nervosa.

M. BULIMIA NERVOSA

76

(➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AOS QUADROS DIAGNÓSTICOS, ASSINALAR **NÃO** NOS QUADROS DIAGNÓSTICOS BULIMIA NERVOSA E ANOREXIA NERVOSA TIPO COMPULSÃO PERIÓDICA / PURGATIVA. PORÉM, SE ANOREXIA NERVOSA (NO MÓDULO L) ESTIVER ASSINALADA SIM, CONTINUAR COM AS PERGUNTAS PARA SER CAPAZ DE AVALIAR CORRETAMENTE A ANOREXIA NERVOSA TIPO RESTRITIVA)

M1	Nos últimos 3 meses, você teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos em menos de 2 horas?	➔ NÃO	SIM
M2	Durante essas crises de “comer descontroladamente”, você teve a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que comia?	➔ NÃO	SIM

M3 Nos últimos 3 meses, você teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos uma vez por semana? ➔ NÃO SIM

M4 Para compensar ou para evitar engordar você fez coisas como provocar o vômito, jejum, exercícios físicos, tomar laxantes, lavagens, tomar diuréticos ou outros remédios? Você fez isso pelo menos uma vez por semana? ➔ NÃO SIM

M4 a Número de episódios de comportamento de compensação impróprios por semana? _____
Número de dias de comportamento de compensação impróprios por semana? _____

M5 A opinião sobre si mesmo(a) ou a sua autoestima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais? ➔ NÃO SIM

M6 OS SINTOMAS DO PACIENTE PREENCHEM OS CRITÉRIOS DE ANOREXIA NERVOSA? NÃO SIM
↓
Passar para M8

M7 Essas crises de “comer descontroladamente” ocorrem somente quando o seu peso é inferior a (_____ lb/kg)? NÃO SIM
CLÍNICO: ANOTE NO ESPAÇO ENTRE PARÊNTESES ACIMA O PESO CRÍTICO DO PACIENTE EM FUNÇÃO DE SUA ALTURA DE ACORDO COM A TABELA PESO/ALTURA DO MÓDULO ANOREXIA NERVOSA.

M8 **M5 FOI ASSINALADA SIM E M6 OU M7 FOI ASSINALADA NÃO?**

NÃO	SIM
BULIMIA NERVOSA ATUAL	

M7 FOI ASSINALADA SIM?

NÃO	SIM
ANOREXIA NERVOSA, tipo compulsão periódica/purgativa ATUAL	

OS SINTOMAS DO PACIENTE PREENCHEM OS CRITÉRIOS DE ANOREXIA NERVOSA?

E

M2 OU **M4** FOI ASSINALADA NÃO?

NÃO **SIM** 77

ANOREXIA NERVOSA
tipo restritiva
ATUAL

ESPECIFICADORES DE TRANSTORNO ALIMENTAR:

LEVE = **1** A **3** EPISÓDIOS DE COMPORTAMENTOS DE COMPENSAÇÃO IMPRÓPRIOS
MODERADO = **4** A **7** EPISÓDIOS DE COMPORTAMENTOS DE COMPENSAÇÃO
IMPRÓPRIOS

GRAVE = **8** A **13** EPISÓDIOS DE COMPORTAMENTOS DE COMPENSAÇÃO IMPRÓPRIOS
EXTREMO = PELO MENOS **14** EPISÓDIOS DE COMPORTAMENTOS DE COMPENSAÇÃO
IMPRÓPRIOS

ESPECIFIQUE SE:

LEVE
MODERADA
GRAVE
EXTREMA

MB. TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA

78

(➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO QUADRO DIAGNÓSTICO, CIRCULAR **NÃO** E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE)

MB	1	OS SINTOMAS DO PACIENTE PREENCHEM OS CRITÉRIOS DE ANOREXIA NERVOSA?	NÃO	➔ SIM
MB	2	OS SINTOMAS DO PACIENTE PREENCHEM OS CRITÉRIOS DE BULIMIA NERVOSA?	NÃO	➔ SIM
MB	3	M2 FOI ASSINALADA SIM ?	➔ NÃO	SIM

MB 4 **M3** FOI ASSINALADA **SIM**? ➔
NÃO SIM

MB 5 **M4** FOI ASSINALADA **SIM**? ➔
NÃO SIM

Nos últimos 3 meses, durante a compulsão, você:

MB 6a Comeu mais rapidamente que o normal? NÃO SIM

MB 6b Comeu até se sentir desconfortavelmente cheio? NÃO SIM

MB 6c Comeu grandes quantidades de comida quando não tinha fome? NÃO SIM

MB 6d Comeu sozinho(a) porque sentiu vergonha de quanto estava comendo? NÃO SIM

MB 6e Sentiu-se culpado(a), deprimido(a) ou desgostoso(a) com si mesmo depois da compulsão? NÃO SIM

HÁ PELO MENOS 3 PERGUNTAS **SIM** EM **MB6**? ➔
NÃO SIM

MB 7 Comer descontroladamente angustia muito você? ➔
NÃO SIM

MB 8 Número de crises de “comer descontroladamente” por semana? _____

Número de dias de “comer descontroladamente” por semana? _____

MB7 FOI ASSINALADA **SIM**?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR	
ATUAL	

ESPECIFICADORES DE TRANSTORNO ALIMENTAR:

LEVE = 1 A 3 EPISÓDIOS DE COMPULSÃO ALIMENTAR POR SEMANA
 MODERADO = 4 A 7 EPISÓDIOS DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA POR SEMANA
 SEVERO = 8 A 13 EPISÓDIOS DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA POR SEMANA
 EXTREMO = PELO MENOS 14 EPISÓDIOS DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA POR SEMANA

ESPECIFIQUE SE:	
LEVE	<input type="checkbox"/>
MODERADO	<input type="checkbox"/>
GRAVE	<input type="checkbox"/>
EXTREMO	<input type="checkbox"/>

N. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

79

(➔ SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO QUADRO DIAGNÓSTICO, ASSINALAR **NÃO** E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE)

N1	a	Durante os últimos 6 meses, você se sentiu excessivamente ansioso(a) ou preocupado(a) com relação a várias coisas da vida cotidiana? EM OUTRAS PALAVRAS, SE NÃO ESTIVER CLARO PARA O PACIENTE O QUE VOCÊ ESTÁ DIZENDO, AVERIGUAR PERGUNTANDO (Os outros pensam que você é uma pessoa que se preocupa à toa?) E PEDIR EXEMPLOS.	➔ NÃO	SIM
	b	Você teve essas ansiedades e preocupações quase todos os dias?	➔ NÃO	SIM
		A ANSIEDADE E AS PREOCUPAÇÕES DO PACIENTE SE RESTRINGEM EXCLUSIVAMENTE A, OU SÃO MELHOR EXPLICADAS POR QUALQUER TRANSTORNO ANTERIOR A ESTE PONTO?	➔ NÃO	SIM
N2		Você tem dificuldade em controlar essas preocupações?	➔ NÃO	SIM
N3		NAS PERGUNTAS A SEGUIR, ASSINALAR NÃO SE OS SINTOMAS SE RESTRINGEM EXCLUSIVAMENTE A, OU SÃO MELHOR EXPLICADOS POR QUALQUER TRANSTORNO ANTERIOR A ESTE PONTO. Nos últimos 6 meses, quando se sentiu ansioso(a), você frequentemente:		
	a	Sentiu-se agitado(a), tenso(a) ou com os nervos à flor da pele?	NÃO	SIM
	b	Teve os músculos tensos?	NÃO	SIM
	c	Sentiu-se facilmente cansado(a), fraco(a) ou exausto(a)?	NÃO	SIM
	d	Teve dificuldade em se concentrar ou “deu branco”?	NÃO	SIM
	e	Sentiu-se irritável?	NÃO	SIM
	f	Teve problemas de sono (dificuldade em pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	NÃO	SIM
		HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS SIM EM N3?	➔ NÃO	SIM
N4		Essas ansiedades e preocupações prejudicaram sua capacidade de trabalhar, sua maneira de agir socialmente ou em seus relacionamentos ou em outras áreas importantes de sua vida ou causaram um sofrimento significativo? E “DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (SUMÁRIO DE O2)” FOI ASSINALADA SIM ?		

NÃO **SIM**

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL

O. DESCARTAR CAUSAS MÉDICAS, ORGÂNICAS OU DROGAS PARA TODOS OS TRANSTORNOS

SE O PACIENTE AVALIAR POSITIVO PARA QUALQUER TRANSTORNO ATUAL OU UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR OU UM EPISÓDIO MANÍACO OU HIPOMANÍACO, PERGUNTAR:

Logo antes desses sintomas começaram:

- | | | | | | |
|----|---|--|------------------------------|------------------------------|--|
| 01 | a | Você estava usando alguma droga ou tomando algum remédio ou em abstinência de algum deles? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não determinado |
| 01 | b | Você sofria de alguma doença? | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não determinado |
| 02 | | SE O1a OU O1b FOR SIM , NO JULGAMENTO DO CLÍNICO, ALGUMA DAS CAUSAS AVALIADAS É PROVAVELMENTE UMA CAUSA DIRETA DO TRANSTORNO DO PACIENTE? CASO NECESSÁRIO, FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADICIONAIS. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não determinado |
| | | SUMÁRIO DE O2: UMA CAUSA “ORGÂNICA” / MÉDICA / INDUZIDA POR SUBSTÂNCIA / MEDICAMENTO FOI DESCARTADA?
SE O2 FOR SIM , ENTÃO O SUMÁRIO DE O2 É NÃO . SE O2 FOR NÃO , ENTÃO O SUMÁRIO DE O2 É SIM . SE FOR DIFERENTE, É NÃO DETERMINADO. | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não determinado |

P. TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL

80

(➡ SIGNIFICA: PULAR TODAS AS PERGUNTAS P2, IR DIRETAMENTE AO QUADRO DIAGNÓSTICO E ASSINALAR NÃO)

P1 Antes dos 15 anos, você:

- | | | | |
|---|--|-----|-----|
| a | frequentemente faltou à escola ou fugiu de casa ou passou a noite fora de casa contra as ordens dos seus pais? | NÃO | SIM |
| b | frequentemente mentiu, passou a perna, enganou os outros, furtou ou roubou a casa ou o carro de alguém? | NÃO | SIM |
| c | começou brigas, provocou, ameaçou ou intimidou os outros? | NÃO | SIM |
| d | destruiu ou incendiou coisas de propósito? | NÃO | SIM |
| e | fez animais ou pessoas sofrerem de propósito? | NÃO | SIM |
| f | forçou alguém a alguma atividade sexual? | NÃO | SIM |
| | HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS EM P1 ASSINALADAS SIM? | NÃO | SIM |

NÃO ASSINALAR SIM SE OS COMPORTAMENTOS DESCRITOS ABAIXO SÃO MOTIVADOS UNICAMENTE POR RAZÕES POLÍTICAS OU RELIGIOSAS.

P2 Depois dos 15 anos, você:

- | | | | |
|---|---|-----|-----|
| a | fez coisas ilegais ou que poderiam levar a ser preso(a), mesmo que não tenha sido pego(a) (por exemplo, destruir a propriedade alheia, furtar lojas, roubar, vender droga ou cometer um crime)? | NÃO | SIM |
| b | frequentemente mentiu ou passou a perna nos outros para obter dinheiro ou prazer ou mentiu apenas para se divertir? | NÃO | SIM |
| c | foi impulsivo e não ligou sobre planejar antecipadamente? | NÃO | SIM |
| d | entrou em confrontos físicos ou agrediu outras pessoas (inclusive seu(sua) companheiro(a) ou seus filhos)? | NÃO | SIM |
| e | expôs pessoas ou você mesmo a perigos sem se preocupar? | NÃO | SIM |
| f | frequentemente teve comportamentos que os outros achavam irresponsáveis, como não pagar as dívidas, agir impulsivamente ou não querer trabalhar para assegurar o mínimo necessário? | NÃO | SIM |
| g | não sentiu nenhuma culpa depois de ter mentido, ferido, maltratado ou roubado alguém ou depois de ter destruído a propriedade alheia? | NÃO | SIM |

HÁ PELO MENOS 3 PERGUNTAS EM P2 ASSINALADAS SIM?

NÃO	SIM
TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ANTISSOCIAL AO LONGO DA VIDA	

Consultar módulos: A Episódio depressivo maior
 C Episódio (hipo)maníaco
 K Transtornos psicóticos

MÓDULO K:

1 a	K11b FOI ASSINALADA SIM ?	NÃO	SIM
1 b	K12a FOI ASSINALADA SIM ?	NÃO	SIM

MÓDULOS A e C:

		Atual	Passado
2 a	ASSINALAR SIM SE UMA IDEIA DELIRANTE FOI IDENTIFICADA EM A3e OU EM QUALQUER SINTOMA PSICÓTICO DE K1 ATÉ K7	SIM	SIM
b	ASSINALAR SIM SE UMA IDEIA DELIRANTE FOI IDENTIFICADA EM C3a OU EM QUALQUER SINTOMA PSICÓTICO DE K1 ATÉ K7	SIM	SIM
c	EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR FOI AVALIADO SIM (ATUAL OU PASSADO)? E EPISÓDIO MANÍACO FOI AVALIADO NÃO (ATUAL E PASSADO)? E EPISÓDIO HIPOMANÍACO FOI AVALIADO NÃO (ATUAL E PASSADO)? E “DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (SUMÁRIO DE O2)” FOI ASSINALADA SIM ?		

ESPECIFIQUE:

- SE O EPISÓDIO DEPRESSIVO É **ATUAL** OU **PASSADO** OU **AMBOS**
- COM SINTOMAS PSICÓTICOS (ATUAL): SE **1b** OU **2a** (ATUAL) = **SIM**
 COM SINTOMAS PSICÓTICOS (PASSADO): SE **1a** OU **2a** (PASSADO) = **SIM**

TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR		
	Atual	Passado
TDM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com sintomas psicóticos		
Atual	<input type="checkbox"/>	
Passado		<input type="checkbox"/>

d EPISÓDIO MANÍACO FOI AVALIADO **SIM** (ATUAL OU PASSADO)?

E

“DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (SUMÁRIO DE O2)” FOI ASSINALADA **SIM**?

ESPECIFIQUE:

- SE O TRANSTORNO BIPOLAR TIPO I É **ATUAL** OU **PASSADO** OU AMBOS
- COM UM EPISÓDIO MANÍACO ÚNICO: SE EPISÓDIO MANÍACO (ATUAL OU PASSADO) = **SIM** E EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR (ATUAL E PASSADO) = **NÃO**
- COM SINTOMAS PSICÓTICOS (ATUAL): SE **1b** OU **2a** (ATUAL) OU **2b** (ATUAL) = **SIM**
COM SINTOMAS PSICÓTICOS (PASSADO): SE **1a** ou **2a** (PASSADO) OU **2b** (PASSADO) = **SIM**
- SE O EPISÓDIO MAIS RECENTE É MANÍACO, DEPRESSIVO, MISTO OU HIPOMANÍACO OU NÃO ESPECIFICADO (TODOS MUTUAMENTE EXCLUSIVOS)
- SE O EPISÓDIO DE HUMOR MAIS RECENTE APRESENTA SINTOMAS MISTOS, ANSIOSOS OU PSICÓTICOS

HIPOMANÍACO/MANÍACO COM SINTOMAS MISTOS = HIPOMANÍACO/MANÍACO + AO MENOS 3 SINTOMAS DE **A3**

DEPRESSIVO COM SINTOMAS MISTOS = EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR + AO MENOS 3 SINTOMAS DE **C3**

COM SINTOMAS ANSIOSOS = COM AO MENOS 3 SINTOMAS DE **N3**

e EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR FOI AVALIADO **SIM** (ATUAL OU PASSADO)?

E

EPISÓDIO HIPOMANÍACO FOI AVALIADO **SIM** (ATUAL OU PASSADO)?

E

EPISÓDIO MANÍACO FOI AVALIADO **NÃO** (ATUAL E PASSADO)?

E

“DESCARTAR CAUSA ORGÂNICA (SUMÁRIO DE O2)” FOI ASSINALADA **SIM**?

ESPECIFIQUE:

- SE O TRANSTORNO BIPOLAR É **ATUAL** OU **PASSADO** OU AMBOS
- SE O EPISÓDIO DE HUMOR MAIS RECENTE É HIPOMANÍACO OU DEPRESSIVO (MUTUAMENTE EXCLUSIVOS)
- SE O EPISÓDIO DE HUMOR MAIS RECENTE APRESENTA SINTOMAS MISTOS, ANSIOSOS OU PSICÓTICOS

HIPOMANÍACO COM SINTOMAS MISTOS = HIPOMANÍACO + AO MENOS 3 SINTOMAS DE **A3**

DEPRESSIVO COM SINTOMAS MISTOS = EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR + AO MENOS 3 SINTOMAS DE **C3**

COM SINTOMAS ANSIOSOS = COM AO MENOS 3 SINTOMAS DE **N3**

**TRANSTORNO
BIPOLAR TIPO I**

82

	Atual	Passado
Transtorno bipolar tipo I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Episódio maníaco único	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Com sintomas psicóticos		
Atual		<input type="checkbox"/>
Passado		<input type="checkbox"/>
Episódio mais recente		
Maníaco		<input type="checkbox"/>
Depressivo		<input type="checkbox"/>
Hipomaníaco		<input type="checkbox"/>
Episódio mais recente		
Com sintomas mistos		<input type="checkbox"/>
Com sintomas ansiosos		<input type="checkbox"/>
Episódio mais recente		
Leve		<input type="checkbox"/>
Moderado		<input type="checkbox"/>
Grave		<input type="checkbox"/>

**TRANSTORNO
BIPOLAR TIPO II**

	Atual	Passado
Transtorno bipolar tipo II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Episódio mais recente		
Hipomaníaco		<input type="checkbox"/>
Depressivo		<input type="checkbox"/>
Episódio mais recente		
Com sintomas mistos		<input type="checkbox"/>
Com sintomas ansiosos		<input type="checkbox"/>
Episódio mais recente		
Leve		<input type="checkbox"/>
Moderado		<input type="checkbox"/>
Grave		<input type="checkbox"/>

- f EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR FOI AVALIADO **NÃO** (ATUAL E PASSADO)?
 E
 EPISÓDIO MANÍACO FOI AVALIADO **NÃO** (ATUAL E PASSADO)?
 E
C4b FOI ASSINALADA **SIM** PARA O PERÍODO EXPLORADO APROPRIADO?
 E
C8b FOI ASSINALADA **SIM**?

OU

- EPISÓDIO MANÍACO FOI AVALIADO COMO **NÃO** (ATUAL E PASSADO)?
 E
 EPISÓDIO HIPOMANÍACO FOI AVALIADO COMO **NÃO** (ATUAL E PASSADO)?
 E
C4a FOI ASSINALADA **SIM** PARA O PERÍODO EXPLORADO APROPRIADO?
 E
C8c FOI ASSINALADA **SIM**?

ESPECIFICAR SE O OUTRO TRANSTORNO BIPOLAR ESPECIFICADO E O TRANSTORNO RELACIONADO É **ATUAL** OU **PASSADO** OU AMBOS.

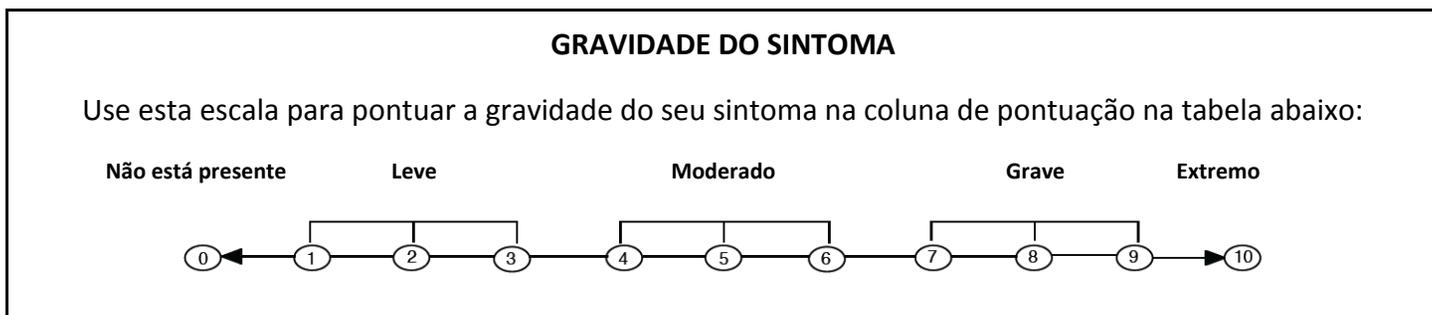
**OUTRO TRANSTORNO BIPOLAR
 ESPECIFICADO E TRANSTORNO
 RELACIONADO**

Atual Passado

Outro transtorno
 bipolar especificado
 e transtorno
 relacionado

MEDIDAS DE AVALIAÇÃO OPCIONAIS PARA CONTROLAR ALTERAÇÕES AO LONGO DO TEMPO

A: MEDIDAS TRANSVERSAIS



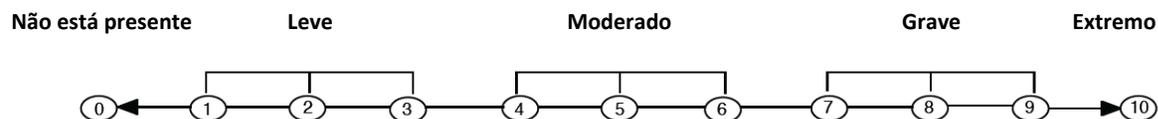
Avaliação de sintomas presentes em diferentes transtornos

	Nome do sintoma	Pontuação
1	Depressão	
2	Raiva	
3	Mania (sentindo-se pra cima, eufórico(a) superexcitado(a) ou cheio(a) de energia com pensamentos acelerados)	
4	Ansiedade	
5	Sintomas físicos (somáticos)	
6	Pensamentos, impulsos, planos, intenções suicidas (QUALQUER pensamento sobre se matar) ou qualquer preparação para se matar ou QUALQUER tentativa de se matar	
7	Ouvir sons ou vozes que outros não podem ouvir ou temer que alguém possa ouvir ou ler seus pensamentos ou acreditar em coisas que outros não aceitam como verdade, por exemplo, que as pessoas estão espionando ou conspirando contra você ou falando sobre você (psicose)	
8	Problemas de sono	
9	Problemas de memória	
10	Pensamentos repetitivos ou obsessivos ou comportamentos compulsivos	
11	Ter a impressão de que as coisas à sua volta eram estranhas, irreais, pouco comuns ou estavam desconectadas, ou você se sentir fora ou desconectado(a) de todo ou de parte do seu corpo (dissociação)	
12	Capacidade de agir no trabalho, em casa, na sua vida ou em seus relacionamentos	
13	Uso excessivo de álcool ou drogas	

B: INCAPACIDADE / PREJUÍZO FUNCIONAL

GRAVIDADE DA INCAPACIDADE / DO PREJUÍZO

Use esta escala para pontuar, na coluna de pontuação da tabela abaixo, o quanto seus sintomas prejudicaram sua capacidade de agir nas seguintes áreas da sua vida:



Avaliação do prejuízo funcional / incapacidade

	Nome da área	Pontuação
1	Trabalho ou trabalho de escola	
2	Vida social ou atividades de lazer (como passatempos ou coisas que faz para diversão)	
3	Vida em família e / ou responsabilidades domésticas	
4	Capacidade de se relacionar bem com as pessoas	
5	Relacionamentos pessoais e sociais	
6	Capacidade de entender e se comunicar com os outros	
7	Capacidade de se cuidar (lavar-se, tomar uma ducha, tomar banho, vestir-se adequadamente, escovar os dentes, lavar a roupa, pentear / escovar o cabelo, comer regularmente)	
8	Fizeram você ficar perturbado(a) ou agressivo(a) com os outros	
9	Competência financeira (capacidade de gerenciar seu dinheiro)	
10	Capacidade de se locomover fisicamente	
11	Vida espiritual ou religiosa	
12	O quanto sua condição afetou outras pessoas em sua família?	

1. 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.
2. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, 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.
3. 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.
4. 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.

ACKNOWLEDGEMENTS

The author wishes to acknowledge the valuable contributions made to the earlier versions of the MINI for DSM III-R and DSM IV by:

1. Yves Lecrubier, my close collaborator (now deceased) on the initial development of the MINI for DSM III-R, the DSM IV and ICD-10.
2. Juris Janavs, Emanuelle Weiller, Christer Allgulander, Kathy Harnett-Sheehan, Roxy Baker, Michael Sheehan, Chris Gray, Thierry Hergueta, N. Kadri, David Baldwin, Christian Even, Rosario Hidalgo, Marelli Soto-Colon, Ossama Osman.
3. Patricia Amorim for her extensive work on the development of the expanded version of the Psychotic Disorders Module and algorithms for DSM III-R. We have evolved her model further in the MINI for Psychotic Disorders 7 and in the MINI Plus 7 for DSM-5.
4. Executive Scientific committee for the MINI 6.0.0 for DSM-IV:
 - Christer Allgulander, Stockholm, Sweden
 - A. Carlo Altamura, Milano, Italy
 - Cyril Hoschl, Praha, Czech Republic
 - George Papadimitriou, Athens, Greece
 - Hans Ågren, Göteborg, Sweden
 - Hans-Jürgen Möller, München, Germany
 - Hans-Ulrich Wittchen, Dresden, Germany
 - István Bitter, Budapest, Hungary
 - Jean-Pierre Lépine, Paris, France
 - Jules Angst, Zurich, Switzerland
 - Julio Bobes, Oviedo, Spain
 - Luciano Conti, Pisa, Italy
 - Marelli Colon-Soto MD, Puerto Rico, United States
 - Michael Van Ameringen MD, Toronto, Canada
 - Rosario Hidalgo MD, Tampa, United States
 - Siegfried Kasper, Vienna, Austria
 - Thomas Schlaepfer, Bonn, Germany
5. Mapi and the many academic translation teams internationally who collaborated in ensuring that quality translations became available in over 70 languages or language variants. Mapi (<http://www.mapigroup.com>) is now the official translation and linguistic validation service for all variants of the MINI.
6. Individual clinicians and patients who over the years made countless suggestions to help improve the accuracy and clinical value to the MINI: JM Giddens for her advice on the MINI 7 version of the Suicidality Disorders Module, Dr Michael Van Ameringen for assistance with the ADHD module, and Dr Pauline Powers for her advice on the modules on Anorexia Nervosa and Bulimia.
7. Validation studies of the MINI were made possible, in part, by grants from SmithKlineBeecham and the European Commission.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTO DA PANDEMIA PELA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL E NO ESTADO NUTRICIONAL DE GESTANTES DE ALTO RISCO ATENDIDAS NO HUPAA/UFAL

Pesquisador: AVHA CLARICE PAIXAO SOARES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35232720.7.0000.5013

Instituição Proponente: Universidade Federal de Alagoas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.211.349

Apresentação do Projeto:

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, sendo esse o mais alto nível de alerta da Organização. Como a doença continuou avançando em número de casos e de mortes, e atingindo diversos países, em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia. Como forma de tentar minimizar a contaminação pelo SARS-COV-2, as autoridades em diversos países têm orientado as pessoas a evitarem sair de casa e evitarem aglomerações, além de intensificação de hábitos de higiene e etiqueta respiratória, com ênfase nos grupos de risco, como é o caso das gestantes. Tais situações de distanciamento e isolamento social têm levado muitas pessoas a enfrentarem situações de medo e ansiedade, além de problemas financeiros decorrentes do aumento do desemprego e do fechamento de setores da economia ditos não essenciais. A depressão perinatal é definida como um episódio depressivo não psicótico de gravidade ligeira a grave que ocorre durante a gravidez ou até 12 meses pós-parto. A prevalência da depressão antes do parto varia entre 7% e 15% nos países desenvolvidos e de 19 a 25% nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. A elevada prevalência de depressão perinatal é influenciada por fatores de risco, incluindo o aumento dos sintomas somáticos, a exposição à violência do parceiro íntimo, pouco apoio social e gravidez indesejada. A depressão pré-parto tem sido associada a comportamentos negativos para a saúde e a resultados adversos, incluindo má

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.211.349

nutrição, aumento da utilização de substâncias, em cuidados pré-natais inadequados, pré-eclâmpsia, baixo peso à nascença, parto prematuro, depressão pós-parto e suicídio. A depressão ante-parto não tratada é preocupante devido à sua associação com a depressão pós-parto e aos maus resultados físicos e neurocognitivos no desenvolvimento infantil. As consequências psicossociais inerentes a um período como a pandemia pela COVID-19 associadas diretamente aos efeitos do isolamento social, como a restrição financeira, potencializam outros fatores que acarretam o erro alimentar, principalmente na população mais vulnerável. Alguns desses fatores são a pior qualidade dos alimentos consumidos, os mitos envolvidos na alimentação durante a gravidez e os quadros de compulsão alimentar em decorrência do estado de ansiedade. Mesmo em gestações sem complicações, as alterações fisiológicas podem afetar a qualidade de vida das gestantes, principalmente nos domínios de atividade física e dor, piorando gradativamente com o passar da gestação. Somado a estas, as condições psiquiátricas e sociais agravadas pela pandemia, principalmente violência doméstica e diminuição do poder aquisitivo, promovem a piora da qualidade de vida constatada por questionários padronizados com esse propósito. Desde modo esta pesquisa avaliar o impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental e no estado nutricional de pacientes puérperas de gestação de alto risco atendidas no serviço de obstetrícia de alto risco do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA/UFAL.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental e no estado nutricional de pacientes puérperas de gestação de alto risco atendidas no serviço de obstetrícia de alto risco do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA/UFAL.

Objetivos Secundários:

1. Mensurar a frequência dos transtornos mentais e de ideação suicida identificadas na gestação de alto risco;
2. Esclarecer a associação da incidência dos transtornos mentais e do estado nutricional na gestação de alto risco;
3. Analisar associação dos transtornos mentais e do estado nutricional com o peso ao nascer dos recém nascidos;
4. Identificar os efeitos da pandemia sobre a incidência de obesidade e desnutrição durante a

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900

UF: AL **Município:** MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.211.349

gestação nas puérperas com gestação de alto risco;

5. Pontuar os escores dos diferentes domínios de qualidade de vida pela SF-36;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da pesquisa são de quebra de sigilo e inibição por parte da paciente para realização da entrevista e preenchimento dos instrumentos de pesquisa, podendo ocorrer um também um desconforto relacionado com a avaliação psiquiátrica desencadeando emoções negativas ao longo da entrevista. Os riscos de quebra de sigilo serão evitados pela utilização de código numérico para identificação das pacientes em substituição de seus respectivos nomes. A inibição e/ou desconforto por parte da paciente para a resposta a entrevista será minimizada com uso de uma sala reservada para este fim, além de ser respeitado o tempo necessário para entrevistado responder aos questionários diante de suas individualidades. O consentimento e a cooperação do paciente são componentes importantes do respeito aos seus direitos.

Benefícios:

Os benefícios seriam a possibilidade de proporcionar às pacientes o diagnóstico precoce destes tipos de distúrbios, mentais e nutricionais, bem como o tratamento igualmente precoce, adequado e acompanhado por profissionais capacitados. O seguimento no Serviço de Nutrição e de Psiquiatria do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes será garantido a todas as pacientes participantes deste estudo que sejam identificadas com alguma patologia no âmbito da pesquisa para receber tratamento adequado, com consulta periódicas e fornecimento de medicamentos em caso de necessidade, além de sua prole.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de coorte histórica, onde a coleta de dados será realizada Setor de Maternidade e Clínica Obstétrica e Setor de Neonatologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA. As participantes da pesquisa serão recrutadas por convite verbal presencial pelos pesquisadores provenientes da demanda espontânea nos setores de Maternidade, Clínica Obstétrica e Neonatologia do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA. Serão incluídas puérperas internadas no Setor de Maternidade e Clínica Obstétrica do HUPAA/UFAL, que tenham realizado acompanhamento de pré-natal com mínimo de 01 (uma) consulta por trimestre, independente da instituição, com idade maior ou igual a 18 anos e que estejam categorizadas como gestação de alto risco devido a qualquer morbidade identificada no

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.211.349

momento do internamento. Serão excluídas às puérperas com déficit cognitivo ou intelectual que a torne incapaz de compreender os questionários da pesquisa. As participantes responderão a 3 instrumentos de pesquisa além de serem submetidas a avaliação do estado nutricional. A aplicação dos instrumentos será realizada pelos pesquisadores em ambiente reservado, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde para evitar a contaminação pelo novo coronavírus, como uso de máscaras, protetores faciais, distanciamento seguro de 1,5 metro a 2 metros entre os indivíduos e uso regular de álcool em gel para higienização das mãos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram incluídos os seguintes termos de apresentação obrigatória.

- Carta resposta á pendências (
- Informações Básicas do Projeto (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1587165.pdf)
- Declaração de Instituição e Infraestrutura (DECLINFRAESTRUTURA.pdf)
- Anuência FAMED – email (EMAILDECIENCIAFAMED.pdf)
- Folha de rosto (FOLHADEROSTO.pdf)
- Projeto Detalhado (PROJDETALHADO2VERSAO.pdf)
- Declaração de assistência psiquiátrica (DECLDEASSISTPSIQUIATRICA.pdf)
- Declaração de assistência nutricional (DECLDEASSISTNUTRICIONAL.pdf)
- Declaração de conflito de interesse (DECLISENCAOCONFLITOINTERESSE.pdf)
- Declaração de cumprimento das normas e de publicização (DECLCUMPNORMASRES466.pdf)
- Orçamento (ORCAMENTO.pdf)
- Termo de compromisso e responsabilidade dos pesquisadores (TERMORESPPEQUISADOR.pdf)
- TCLE (TCLE2VERSAO.pdf)
- Cronograma (CRONOGRAMA.pdf)

Recomendações:

Incluir no TCLE a importância do CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Toda as pendencias listadas no parecer anterior foram atendidas, assim como segue:

1. PROJETO

1.1. É preciso deixar claro como e onde as participantes serão convidadas a participar do estudo.

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.211.349

PENDÊNCIA ATENDIDA

1.2. É preciso descrever qual o universo de mulheres, bem como a amostra.

PENDÊNCIA ATENDIDA

2. TCLE

2.1 Considerando o conteúdo do projeto a participação da puérpera ocorrerá, além da etapa de entrevista, consulta ao prontuário informações do recém-nascido, incluirá também a tomada de medidas antropométricas e obtenção de informações no Cartão de Pré Natal será solicitado. Estas informações precisam constar no TCLE.

PENDÊNCIA ATENDIDA

2.2 O TCLE não deixa claro o conteúdo dos outros dois instrumentos de pesquisa. É preciso esclarecer a potencial participante qual será o teor das indagações a que será submetida.

PENDÊNCIA ATENDIDA

2.3 No TCLE deve contar qual assistência a participante poderá contar no decorrer da pesquisa e não apenas após os resultados.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo Aprovado

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS



Continuação do Parecer: 4.211.349

V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1587165.pdf	01/08/2020 20:07:47		Aceito
Outros	CARTARESPRELATORIA CEP.pdf	01/08/2020 20:06:39	AVHA CLARICE PAIXAO SOARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2VERSAO.pdf	01/08/2020 20:05:56	AVHA CLARICE PAIXAO SOARES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJDETALHADO2VERSAO.pdf	01/08/2020 20:05:44	AVHA CLARICE PAIXAO SOARES	Aceito
Declaração de Instituição e	DECLINFRAESTRUTURA.pdf	16/07/2020 16:34:43	AVHA CLARICE PAIXAO SOARES	Aceito

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900

UF: AL **Município:** MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS**



Continuação do Parecer: 4.211.349

Infraestrutura	DECLINFRAESTRUTURA.pdf	16/07/2020 16:34:43	AVHA CLARICE PAIXAO SOARES	Aceito
Outros	EMAILDECIENCIAFAMED.pdf	10/07/2020 22:03:55	AVHA CLARICE PAIXAO SOARES	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	08/07/2020 13:30:59	AVHA CLARICE PAIXAO SOARES	Aceito
Outros	DECLDEASSISTPSIQUIATRICA.pdf	02/07/2020 14:45:24	AVHA CLARICE PAIXAO SOARES	Aceito
Outros	DECLDEASSISTNUTRICIONAL.pdf	02/07/2020 14:44:54	AVHA CLARICE PAIXAO SOARES	Aceito
Outros	DECLISENCAOCONFLITOINTERESSE.pdf	02/07/2020 14:43:18	AVHA CLARICE PAIXAO SOARES	Aceito
Outros	DECLCUMPNORMASRES466.pdf	02/07/2020 14:43:06	AVHA CLARICE PAIXAO SOARES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	02/07/2020 14:42:37	AVHA CLARICE PAIXAO SOARES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMORESPPEQUISADOR.pdf	02/07/2020 14:42:06	AVHA CLARICE PAIXAO SOARES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	02/07/2020 14:41:37	AVHA CLARICE PAIXAO SOARES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 13 de Agosto de 2020

**Assinado por:
Luciana Santana
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** comitedeeticaufal@gmail.com

ANEXO D – Regras de Submissão para a Revista Brasileira de Psiquiatria

Objetivos e política editorial

O *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* é uma publicação bimestral que visa publicar manuscritos originais em todas as áreas da psiquiatria, por exemplo, neurociência básica e clínica, psiquiatria translacional, estudos clínicos (incluindo ensaios clínicos) e estudos epidemiológicos. **A revista é de acesso totalmente aberto e não há processamento de artigos ou taxas de publicação.** Os artigos enviados devem ser escritos em inglês.

Estas instruções são baseadas nas Recomendações para a Conduta, Relatório, Edição e Publicação de Trabalho Acadêmico em Revistas Médicas, editadas pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) / .

Preparação do manuscrito

Os manuscritos são aceitos para apreciação da *Revista Brasileira de Psiquiatria* com base no entendimento de que são originais, não estão sendo considerados para publicação em outro lugar e não foram publicados anteriormente. A versão final do manuscrito submetido deve ter sido aprovada por todos os autores.

Tipos de manuscritos e limites de palavras

A tabela a seguir mostra os tipos de manuscritos aceitos para avaliação e o número máximo de palavras (da Introdução ao final da Discussão), referências e tabelas / figuras permitidas para cada categoria.

Tipo de manuscrito	Palavras do texto principal	Palavras abstratas	Referências	Tabelas + caixas + figuras
Artigos Originais	5000	Estruturado, 200	40	6
Artigos de revisão	6.000	Estruturado, 200	Ilimitado	6
Comunicações breves	1500	Estruturado, 200	15	2
Artigos Especiais	6.000	Não estruturado, 200	Ilimitado	6
Cartas aos Editores	500	Sem resumo	5	1
Editoriais	900	Sem resumo	5	1

- **Artigos originais:** devem descrever de forma completa, mas o mais concisa possível, os resultados da pesquisa original, contendo todas as informações relevantes para quem deseja reproduzir a pesquisa ou avaliar os resultados e conclusões. Os artigos originais devem ter as seguintes seções: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão. O (s) último (s) parágrafo (s) da seção Discussão deve (m) abordar as limitações do estudo e as observações finais, mas sem subtítulos separados.
- **Artigos de revisão:** devem ser revisões sistemáticas e devem incluir avaliações críticas da literatura e das fontes de dados, revisando e avaliando criticamente o conhecimento existente sobre um determinado tópico, além de comentar estudos de outros autores. A estratégia de busca e o processo de seleção devem ser descritos em detalhes, de acordo com o PRISMA ou outras diretrizes apropriadas. O texto principal pode seguir uma estrutura semelhante à de um artigo original, ou pode ser adaptado

para melhor refletir a apresentação dos achados. As revisões não sistemáticas devem ser submetidas na categoria Artigos Especiais.

- **Comunicações breves:** manuscritos originais, porém mais curtos, abordando tópicos de interesse no campo da psiquiatria, com resultados preliminares ou de relevância imediata. O texto principal deve usar os mesmos subtítulos descritos para os artigos originais acima.
- **Artigos especiais:** artigos que abordam tópicos atuais específicos relevantes para a prática clínica e são menos abrangentes do que artigos de revisão. Isso inclui revisões não sistemáticas e avaliações críticas da literatura, revisando e avaliando o conhecimento existente sobre um determinado tópico. Nesta categoria, os autores são livres para decidir a estrutura do artigo e usar as legendas que melhor refletem o conteúdo de sua contribuição.
- **Cartas aos Editores:** As cartas podem conter relatos de casos incomuns, comentários sobre temas científicos relevantes, críticas à política editorial ou opiniões sobre o conteúdo da revista (máximo de quatro autores).
- **Editoriais:** Comentário crítico e aprofundado a convite dos editores ou escrito por pessoa com reconhecida experiência no tema.

Folha de rosto

A página 1 deve conter título completo (máx. 150 caracteres, específico, informativo, atraente, sem abreviações), nomes dos autores na forma que se deseja publicar, seus departamentos e instituições, incluindo cidade e país. Por favor, inclua também um título corrido com no máximo 50 caracteres (letras e espaços) e informe sobre quaisquer apresentações anteriores do manuscrito, se aplicável (por exemplo, em forma de resumo ou pré-impressão). Indicar o nome completo, número de telefone, endereço de e-mail e endereço postal completo do autor para correspondência.

Resumo

A página 2 deve apresentar um resumo estruturado (quando aplicável; verificar tabela acima com requisitos de resumo para cada tipo de manuscrito), somente em inglês, com as seguintes seções: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Indique de três a cinco palavras-chave em estrita conformidade com o MeSH e evite repetir palavras do título. No caso de envio de ensaio clínico randomizado, informar o número de registro do ensaio clínico ao final do resumo (ver abaixo).

Registro de Ensaio Clínico: O *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* somente aceitará ensaios clínicos que tenham sido registrados em um registro público que atenda aos requisitos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do ICMJE.

Texto principal

O arquivo do manuscrito (documento principal) deve ser escrito em inglês, em espaço duplo, e deve conter as seguintes seções nesta ordem: página de título, resumo, texto do manuscrito, agradecimentos (indivíduos, agências de financiamento não comerciais, etc.), divulgação (potenciais conflitos de interesse cobrindo os últimos 3 anos, fontes de financiamento comercial), referências, legendas de figuras e tabelas. Use tamanho de fonte de 10, 11 ou 12 pontos. Abreviações devem ser evitadas e limitadas àquelas consideradas "padrão". Todas as abreviaturas devem ser escritas na primeira menção no texto e também nas legendas das

tabelas / figuras. Todas as unidades devem ser métricas. Evite algarismos romanos. Devem ser usados nomes genéricos de medicamentos.

A seção Métodos deve incluir informações sobre a aprovação do comitê de ética. Estudos envolvendo humanos devem fornecer detalhes sobre procedimentos de consentimento informado, e estudos envolvendo animais devem descrever a conformidade com os padrões institucionais e nacionais para o cuidado e uso de animais de laboratório. O anonimato do paciente deve ser garantido.

Referências

Os autores são responsáveis pela exatidão e integridade de suas referências e pela correta citação no texto. Um arquivo de estilo EndNote pode ser baixado [aqui](#). Numere as referências consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, usando algarismos arábicos sobrescritos; não coloque em ordem alfabética. As referências citadas apenas em tabelas ou legendas de figuras devem ser numeradas de acordo com a primeira citação das tabelas / figuras no texto, ou seja, como se fizessem parte do texto.

Observe o estilo dos exemplos abaixo. Para incluir manuscritos aceitos, mas não publicados, informar o título abreviado da revista seguido de "Publicação" e o ano previsto de publicação. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o Index Medicus. Comunicações pessoais, manuscritos não publicados, manuscritos submetidos mas ainda não aceitos e itens semelhantes não publicados não devem ser citados; se for absolutamente essencial, os detalhes bibliográficos devem ser descritos no texto entre parênteses.

Exemplos:

- **Artigo de periódico:** Coelho FM, Pinheiro RT, Silva RA, Quevedo LA, Souza LD, Castelli RD, et al. Transtorno depressivo maior durante a gravidez na adolescência: correlatos sociodemográficos, obstétricos e psicossociais. *Braz J Psychiatry*. 2013; 35: 51-6.

Liste todos os autores quando tiver seis ou menos. Quando houver sete ou mais, liste apenas os seis primeiros autores e adicione "et al."

- **Livro:** Gabbard GO. Tratamento de distúrbios psiquiátricos de Gabbard. 4ª ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2007
- **Capítulo de livro:** Kennedy SH, Rizvi SJ, Giacobbe P. A natureza e o tratamento da depressão resistente à terapia. In: Cryan JF, Leonard BE, editores. *Depressão: da psicopatologia à farmacoterapia*. Basel: Karger; 2010. p. 243-53.
- **Teses e dissertações:** Trigeiro A. Os sistemas do fator liberador de corticotropina (CRF) do sistema nervoso central contribuem para o aumento do comportamento semelhante à ansiedade durante a abstinência de opióides: uma análise de substratos neuroanatômicos [dissertação]. San Diego: Universidade da Califórnia; 2011
- **Artigos eletrônicos e páginas da web:** Organização Mundial da Saúde. Depressão e outros transtornos mentais comuns: estimativas de saúde global [Internet]. 2017 [citado em 11 de maio de 2020]. https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/

Ilustrações (figuras, tabelas, caixas)

Ilustrações (figuras, tabelas ou quadros) devem esclarecer / complementar ao invés de repetir o texto; seu número deve ser reduzido ao mínimo. Todas as ilustrações devem ser apresentadas em páginas separadas no final do manuscrito, seguindo a ordem em que aparecem no texto e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. Legendas descritivas devem ser incluídas para cada ilustração no arquivo de texto principal, e quaisquer abreviações ou símbolos usados devem ser explicados usando estas notas de rodapé: † ‡ § || ¶ †† ††† etc. Asteriscos devem ser reservados para a expressão dos níveis de significância: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Ilustrações extraídas de trabalhos publicados anteriormente devem ser acompanhadas de permissão por escrito para reprodução do atual detentor dos direitos autorais no momento da submissão.

As tabelas e quadros devem ser submetidos preferencialmente em formato Word, anexados ao final do arquivo de texto do manuscrito (após as legendas das figuras), ao invés de serem enviados como arquivos separados. No entanto, arquivos Excel também são aceitos. Se estiver usando o Excel, não coloque tabelas em planilhas individuais dentro do mesmo arquivo porque apenas a primeira planilha ficará visível no PDF convertido. Nas tabelas, cada célula deve conter apenas um item de dados; as subcategorias devem estar em linhas e células separadas (ou seja, não use Enter ou espaços dentro de uma célula). As tabelas que contêm dados que podem ser fornecidos sucintamente em 1 ou 2 frases devem ser convertidas em texto. Tabelas grandes ou detalhadas podem ser enviadas separadamente como material suplementar apenas online (ver detalhes abaixo).

As figuras devem ser enviadas em um dos seguintes formatos de arquivo aceitáveis: AI, BMP, DOC, EMF, EPS, JPG, PDF, PPT, PSD, TIF, WMF e XLS. As figuras podem ser incluídas no manuscrito, mas preferencialmente devem ser enviadas como arquivos separados. Se o seu manuscrito for aceito, você pode ser solicitado a fornecer arquivos TIF de alta resolução e não compactados para imagens, bem como versões abertas / editáveis de figuras contendo texto, para facilitar a edição (por exemplo, fluxogramas feitos em Word ou PowerPoint). As figuras de apoio podem ser enviadas separadamente como material suplementar apenas online.

Material suplementar apenas online

Os materiais de apoio (texto, tabelas, figuras) para publicação somente online devem ser submetidos como um único documento do Word com páginas numeradas consecutivamente. Cada elemento incluído no material somente online deve ser citado no texto principal e numerado em ordem de citação (por exemplo, Métodos Suplementares, Tabela S1, Tabela S2, Figura S1, Figura S2, etc.). A primeira página do documento somente online deve listar o número e o título de cada elemento incluído no documento. Os editores podem selecionar o material enviado para publicação na versão impressa para ser postado apenas online.