

**CLARISSA DE ROSALMEIDA DANTAS**

**Adaptação transcultural do “Schedule for the  
Assessment of Insight – Expanded Version (SAI-E)”,  
estudo de confiabilidade e análise fatorial da versão  
brasileira do SAI-E**

**CAMPINAS**

**2006**

**CLARISSA DE ROSALMEIDA DANTAS**

**Adaptação transcultural do “Schedule for the  
Assessment OF Insight – Expanded Version (SAI-E)”,  
estudo de confiabilidade e análise fatorial da versão  
brasileira do SAI-E**

*Dissertação de Mestrado apresentada à  
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas  
da Universidade Estadual de Campinas para  
obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas,  
área de concentração em Saúde Mental.*

**ORIENTADOR: PROF. DR. CLÁUDIO EDUARDO MULLER BANZATO**

**CAMPINAS**

**2006**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

D235a      Dantas, Clarissa de Rosalmeida  
Adaptação transcultural do “schedule for the assessment of insight – expanded version (SAI-E)”, estudo de confiabilidade e análise fatorial da versão brasileira do SAI-E / Clarissa de Rosalmeida Dantas.  
Campinas, SP : [s.n.], 2006.

Orientador : Cláudio Eduardo Muller Banzato  
Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Transtornos psicóticos. 2. Conscientização. 3. Entrevista psiquiátrica padronizada. 4. Psicometria. I. Banzato, Cláudio Eduardo Muller. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : Cross-cultural adaptation of the Schedule for the assessment of insight – Expanded version (SAI-E), inter-rater reliability and factor analysis of the Brazilian version of SAI-E**

**Keywords:** • Psychotic disorder  
• Awareness  
• Psychiatric rates scales  
• Reproducibility of results

**Área de concentração : Saúde Mental**

**Titulação: Mestrado em Ciências Médicas**

**Banca examinadora: Prof Dr Claudio Eduardo Muller Banzato  
Prof. Dra. Débora Pastore Bassit  
Prof Dr José Neury Botega**

**Data da defesa: 10-11-2006**

|                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| <b>Banca examinadora da Dissertação de Mestrado</b> |
|-----------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b>Orientador(a): Prof. Dr. Cláudio Eduardo Müller Banzato</b> |
|----------------------------------------------------------------|

|                 |
|-----------------|
| <b>Membros:</b> |
|-----------------|

|                                                    |
|----------------------------------------------------|
| <b>1. Prof. Dr. Cláudio Eduardo Müller Banzato</b> |
|----------------------------------------------------|

|                                              |
|----------------------------------------------|
| <b>2. Profa. Dra. Débora Pastore Bassitt</b> |
|----------------------------------------------|

|                                       |
|---------------------------------------|
| <b>3. Prof. Dr. José Neury Botega</b> |
|---------------------------------------|

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

|                                   |
|-----------------------------------|
| <b>Data:</b><br><b>10/11/2006</b> |
|-----------------------------------|

***DEDICATÓRIA***

*Ao Ricardo, meu marido, meu amor.*

Ao Cláudio Banzato, por sua orientação precisa e atenciosa em todas as etapas do desenvolvimento do presente trabalho.

Ao Dr. Ivan Ramos de Oliveira, diretor técnico do Instituto Bairral, à Dra. Juliana Sardinha de Campos, diretora clínica do Sanatório Ismael, e às equipes técnicas daquelas instituições, por terem viabilizado a realização desta pesquisa.

Aos pacientes que generosamente aceitaram expor sua compreensão acerca de suas experiências singulares.

À Ana Luisa Marques Traballi, por seu cuidadoso trabalho como auxiliar de pesquisa.

À Andrea Ferreira Semolini, pelo apoio técnico na realização das análises estatísticas.

A toda a equipe do Serviço de Atendimento Psicológico e Psiquiátrico ao Estudante, pelo ambiente de trabalho agradável e enriquecedor, e pelo incentivo aos meus projetos profissionais.

Aos amigos e colegas de pós-graduação: Carlos, Vivien, Marly, Adriano e Viviane, pela convivência estimulante e pelo companheirismo.

Aos meus pais, Teresa Virgínia e Ismael, que, ao partilharem comigo as dificuldades e conquistas no processo de elaboração de suas próprias teses acadêmicas, despertaram em mim o desejo de enveredar por este caminho. Por seu amor e apoio incondicionais, minha eterna gratidão.

A auto-observação dos pacientes, a atenção que prestam a sua vivência anormal e a elaboração do que em si mesmos observam através do *juízo psicológico*, de modo a poder informar-nos de sua vida interior, representam uma das fontes mais importantes de conhecimento da vida enferma.

Karl Jaspers

|                                                                      | <b>PÁG.</b>   |
|----------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>RESUMO.....</b>                                                   | <i>xxix</i>   |
| <b>ABSTRACT.....</b>                                                 | <i>xxxiii</i> |
| <b>1- INTRODUÇÃO.....</b>                                            | <b>37</b>     |
| 1.1- Sobre o conceito de insight .....                               | 39            |
| 1.2- Introdução de métodos padronizados de avaliação do insight ..   | 43            |
| 1.3- Instrumentos de avaliação do insight .....                      | 44            |
| 1.4- Pesquisas sobre insight em pacientes psicóticos .....           | 52            |
| 1.5- Instrumentos de avaliação do insight disponíveis no Brasil..... | 54            |
| <b>2- OBJETIVOS.....</b>                                             | <b>57</b>     |
| <b>3- HIPÓTESES.....</b>                                             | <b>61</b>     |
| <b>4- MÉTODOS.....</b>                                               | <b>65</b>     |
| <b>4.1- Tradução e adaptação transcultural do SAI-E.....</b>         | <b>67</b>     |
| 4.1.1- Equivalência de conteúdo.....                                 | 69            |
| 4.1.2- Equivalência semântica.....                                   | 70            |
| 4.1.3- Equivalência técnica.....                                     | 70            |
| 4.1.4- Equivalência de critério.....                                 | 71            |
| 4.1.5- Equivalência conceitual.....                                  | 73            |
| <b>4.2- Estudo de confiabilidade entre avaliadores.....</b>          | <b>74</b>     |
| 4.2.1- Treinamento dos avaliadores.....                              | 74            |
| 4.2.2- Locais de realização da pesquisa.....                         | 75            |

|                                                                                                                            |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.2.3- Seleção de pacientes.....                                                                                           | 75         |
| 4.2.4- Procedimentos.....                                                                                                  | 77         |
| <b>4.3- Análise fatorial.....</b>                                                                                          | <b>78</b>  |
| <b>4.4- Estudo transversal de associação com variáveis<br/>sócio-demográficas, clínicas e relativas ao tratamento.....</b> | <b>79</b>  |
| <b>4.5- Análises estatísticas.....</b>                                                                                     | <b>81</b>  |
| <b>5- RESULTADOS.....</b>                                                                                                  | <b>85</b>  |
| <b>5.1- Tradução e adaptação transcultural do SAI-E.....</b>                                                               | <b>87</b>  |
| <b>5.2- Descrição da amostra.....</b>                                                                                      | <b>88</b>  |
| <b>5.3- Confiabilidade entre avaliadores.....</b>                                                                          | <b>93</b>  |
| <b>5.4- Análise fatorial.....</b>                                                                                          | <b>94</b>  |
| <b>5.5- Análise de regressão linear.....</b>                                                                               | <b>96</b>  |
| 5.5.1- Escore total do SAI-E.....                                                                                          | 96         |
| 5.5.2- Escore fatorial 1.....                                                                                              | 98         |
| 5.5.3- Escore fatorial 2.....                                                                                              | 100        |
| 5.5.4- Escore fatorial 3.....                                                                                              | 102        |
| <b>5.6- Correlação entre os escores fatoriais e total do SAI-E e<br/>variáveis psicopatológicas.....</b>                   | <b>105</b> |
| <b>6- DISCUSSÃO.....</b>                                                                                                   | <b>109</b> |
| <b>6.1- Escores do SAI-E.....</b>                                                                                          | <b>111</b> |
| <b>6.2- Confiabilidade entre avaliadores.....</b>                                                                          | <b>113</b> |
| <b>6.3- Análise fatorial.....</b>                                                                                          | <b>115</b> |
| <b>6.4- Associação entre insight e variáveis sócio-demográficas,<br/>clínicas e relativas ao tratamento .....</b>          | <b>117</b> |

|                                                                                                                                                               |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>7- CONCLUSÕES.....</b>                                                                                                                                     | <b>129</b> |
| <b>8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>                                                                                                                     | <b>133</b> |
| <b>9- APÊNDICES.....</b>                                                                                                                                      | <b>149</b> |
| <b>Apêndice 1-</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....                                                                                            | 151        |
| <b>Apêndice 2-</b> Entrevista – Dados Sócio-Demográficos e Clínicos.....                                                                                      | 153        |
| <b>Apêndice 3-</b> Roteiro para Avaliação do Insight - Versão Expandida.....                                                                                  | 157        |
| <b>Apêndice 4-</b> Tabela 18 – Resultados descritivos dos Escores Fatoriais e Escore Total do SAI-E segundo variáveis sócio-demográficas.....                 | 161        |
| <b>Apêndice 5-</b> Tabela 19 – Resultados descritivos dos Escores Fatoriais e Escore Total do SAI-E segundo variáveis clínicas e relativas ao tratamento..... | 163        |
| <b>Apêndice 6-</b> Resultados do estudo da consistência interna da versão brasileira do SAI-E.....                                                            | 165        |
| <b>10- ANEXOS.....</b>                                                                                                                                        | <b>167</b> |
| <b>Anexo 1-</b> <i>Schedule for the Assessment of Insight - Expanded Version..</i>                                                                            | 169        |
| <b>Anexo 2-</b> Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) – UNICAMP.....                                                  | 173        |
| <b>Anexo 3-</b> <i>Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (M.I.N.I. Plus)</i> – versão brasileira.....                                            | 175        |
| <b>Anexo 4-</b> Entrevista Clínica Estruturada para Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica.....                                                               | 217        |
| <b>Anexo 5-</b> Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica.....                                                                                                   | 219        |
| <b>Anexo 6-</b> Retrotradução do Roteiro para Avaliação do Insight.....                                                                                       | 223        |

## ***LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS***

---

|               |                                                                                    |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| AII           | Awareness of Illness Interview                                                     |
| AMPD          | Manual for Assessment and Documentation in Psychopathology                         |
| BABS          | Brown Assessment of Beliefs Scale                                                  |
| BCIS          | Beck Cognitive Insight Scale                                                       |
| BIS           | Birchwood Insight Scale                                                            |
| BPRS          | Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica                                             |
| CID-10        | 10ª Revisão do Capítulo V da Classificação Internacional das Doenças               |
| DP            | desvio padrão                                                                      |
| DSM-IV-TR     | Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4ª Edição – Texto Revisado |
| EDM           | episódio depressivo maior                                                          |
| HAIS          | Hanil Alcohol Insight Scale                                                        |
| IC            | intervalo de confiança                                                             |
| ICC           | coeficiente de correlação intraclasse                                              |
| IS            | Insight Scale                                                                      |
| ITAQ          | Insight and Treatment Attitude Questionnaire                                       |
| M.I.N.I. Plus | Mini International Neuropsychiatric Interview Plus                                 |
| Máx.          | valor máximo                                                                       |
| MDIS          | Mood Disorders Insight Scale                                                       |
| Mín.          | valor mínimo                                                                       |

|          |                                                                            |
|----------|----------------------------------------------------------------------------|
| N        | Número                                                                     |
| PANSS    | Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia                     |
| PEH      | Patient's Experience of Hospitalization                                    |
| PROJESQ  | Projeto Esquizofrenia                                                      |
| PSE      | Present State Examination                                                  |
| $R^2$    | coeficiente de determinação                                                |
| Rho      | coeficiente de correlação de Spearman                                      |
| SAI      | Schedule for Assessing the Components of Insight                           |
| SAI-E    | Schedule for the Assessment of Insight - Expanded Version                  |
| SAIQ     | Self-Appraisal of Illness Questionnaire                                    |
| SIG-BPRS | Entrevista Clínica Estruturada para Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica |
| SPA      | substâncias psicoativas outras que não o álcool                            |
| SUMD     | Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder                             |
| SUS      | Sistema Único de Saúde                                                     |
| TM       | transtorno mental                                                          |
| TS       | tentativa de suicídio                                                      |
| VE       | internação voluntária e espontânea                                         |
| VNE      | internação voluntária, mas não espontânea                                  |
| vs       | Versus                                                                     |
| WCST     | Wisconsin Card Sorting Test                                                |

|                                                                                                                                                                                    | <b>PÁG.</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Tabela A-</b> Comparação entre instrumentos de avaliação do insight.                                                                                                            | 47          |
| <b>Tabela 1-</b> Características sócio-demográficas, clínicas e relativas ao tratamento dos pacientes que não concordaram em responder a entrevista ou quiseram interrompê-la..... | 76          |
| <b>Tabela 2-</b> Características sócio-demográficas dos pacientes que completaram o estudo.....                                                                                    | 89          |
| <b>Tabela 3-</b> Dados clínicos e relativos ao tratamento dos pacientes que completaram a entrevista.....                                                                          | 90          |
| <b>Tabela 4-</b> Descrição dos escores para os itens individuais do SAI-E e escore total.....                                                                                      | 92          |
| <b>Tabela 5-</b> Confiabilidade entre avaliadores para os itens e para o escore total da SAI-E.....                                                                                | 93          |
| <b>Tabela 6-</b> Análise fatorial da versão brasileira do SAI-E: cargas fatoriais.....                                                                                             | 94          |
| <b>Tabela 7-</b> Comunalidades referentes à solução de três fatores do SAI-E.....                                                                                                  | 95          |
| <b>Tabela 8-</b> Regressão linear univariada para o Escore Total do SAI-E.....                                                                                                     | 97          |
| <b>Tabela 9-</b> Regressão linear multivariada para o Escore Total do SAI-E.....                                                                                                   | 98          |
| <b>Tabela 10-</b> Regressão linear univariada para o Escore Fatorial 1.....                                                                                                        | 99          |
| <b>Tabela 11-</b> Regressão linear multivariada para o Escore Fatorial 1...                                                                                                        | 100         |

|                   |                                                                                                                                |     |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Tabela 12-</b> | Regressão linear univariada para o Escore Fatorial 2.....                                                                      | 101 |
| <b>Tabela 13-</b> | Regressão linear multivariada para o Escore Fatorial 2...                                                                      | 102 |
| <b>Tabela 14-</b> | Regressão linear univariada para o Escore Fatorial 3.....                                                                      | 103 |
| <b>Tabela 15-</b> | Regressão linear multivariada para o Escore Fatorial 3...                                                                      | 104 |
| <b>Tabela 16-</b> | Síntese das análises de regressão linear multivariadas para os escores fatoriais e escore total do SAI-E.....                  | 104 |
| <b>Tabela 17-</b> | Correlação entre os itens do BRPS e os escores fatoriais e total do SAI-E.....                                                 | 106 |
| <b>Tabela 18-</b> | Resultados descritivos dos Escores Fatoriais e Escore Total do SAI-E segundo variáveis sócio-demográficas.....                 | 161 |
| <b>Tabela 19-</b> | Resultados descritivos dos Escores Fatoriais e Escore Total do SAI-E segundo variáveis clínicas e relativas ao tratamento..... | 163 |
| <b>Tabela 20-</b> | Consistência interna da versão brasileira do SAI-E: estatísticas da relação item-total.....                                    | 165 |

## ***LISTA DE GRÁFICOS***

---

|                                                                            | <b><i>PÁG.</i></b> |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| <b>Gráfico 1-</b> Número de pacientes segundo o escore total no SAI-E..... | 91                 |

## ***RESUMO***

O Schedule for the Assessment of Insight - Expanded Version (SAI-E) é constituído de 11 itens que abordam: reconhecimento de se ter um transtorno mental, capacidade de renomear fenômenos psicóticos como anormais, e adesão ao tratamento. **Objetivos:** traduzir e adaptar transculturalmente o SAI-E; e estudar a confiabilidade entre avaliadores e a estrutura fatorial da versão brasileira do instrumento. **Métodos:** A adaptação do SAI-E levou em conta as dimensões da equivalência transcultural: de conteúdo, semântica, técnica, de critério e conceitual. A versão brasileira do SAI-E foi utilizada na avaliação de 109 pacientes psicóticos internados, dos quais 60 tiveram a entrevista gravada para atribuição de escores por avaliador independente. **Resultados:** Uma boa equivalência transcultural foi alcançada. A confiabilidade entre avaliadores para os itens do SAI-E foi aceitável, com kappa variando de 0,48 a 0,76, e coeficiente de correlação intraclass (ICC) de 0,66 a 0,78; para o escore total foi excelente, com ICC = 0,90. Uma estrutura fatorial semelhante à obtida para a versão original do SAI-E foi encontrada, com 3 fatores explicando 71,72% da variabilidade. O fator 1 (30,43% da variância) consistiu nos cinco itens sobre o reconhecimento da doença e no item sobre reconhecimento da necessidade de tratamento; o fator 2 (26,75% da variância) consistiu nos dois itens relativos à capacidade de reconhecer o caráter patológico dos sintomas, no item de contradição hipotética e no item 3 “atribuição da própria condição a um transtorno mental”; e o fator 3 (14,54% da variância) consistiu nos dois itens que abordam adesão ao tratamento. Em um estudo preliminar de associação entre insight e variáveis sócio-demográficas, clínicas e relativas ao tratamento, constatou-se que melhor insight global esteve associado à ocorrência de episódio depressivo maior, internação voluntária, e experiência de atendimento em psicoterapia. **Conclusão:** no contexto brasileiro o SAI-E apresentou boa confiabilidade entre avaliadores e estrutura fatorial compatível com as dimensões do insight que pretende avaliar.

# ***ABSTRACT***

The *Schedule for the Assessment of Insight - Expanded Version* is constituted of 11 items that encompass: awareness of having a mental illness, ability to rename psychotic phenomena as abnormal and compliance to treatment. **Objectives:** Translate into Portuguese and adapt SAI-E cross-culturally and study the inter-rater reliability and the factorial structure of the Brazilian version of the instrument. **Methods:** The adaptation of SAI-E considered the dimensions of cross-cultural equivalence: content, semantic, technical, criterion and conceptual equivalences. The Brazilian version of SAI-E was used for the assessment of insight of 109 psychotic inpatients, 60 of whom had the interview taped in order to be scored by an independent evaluator. **Results:** Good cross-cultural equivalence was achieved. An acceptable inter-rater reliability was found to the individual items of SAI-E with kappa ranging from 0.48 to 0.76, and intraclass correlation coefficient (ICC) of 0.66 to 0.78. Regarding the total score, inter-rater reliability was excellent, with ICC=0.90. A factorial structure similar to the one obtained to the original version of SAI-E was found, with 3 factors accounting for 71.72% of variance. Factor 1 (30.43% of variance) consisted of the five items about awareness of illness and the item about the awareness of the need of treatment; factor 2 (26.75% of variance) consisted of the two items related to the renaming of symptoms as pathological, the item of hypothetical contradiction and item 3, “attribution of one’s condition to a mental illness”; and factor 3 (14.54% of variance) consisted of the two items regarding treatment compliance. In a preliminary study on the correlations between insight and socio-demographic and clinical variables, we found that better global insight was associated with occurrence of major depressive episodes, voluntary admissions, and previous psychotherapy treatment. **Conclusion:** In the Brazilian context, SAI-E presented good inter-rater reliability and factorial structure compatible to insight dimensions that are intended to be evaluated.

## ***1- INTRODUÇÃO***

## 1.1- Sobre o conceito de insight

O termo *insightless* foi utilizado em um contexto clínico pela primeira vez por Krafft-Ebing, em 1893. Até os primeiros anos do século XIX, questões concernentes ao *insight*, ou à apreensão que os mentalmente afetados pudessem ter de seu estado mórbido, não faziam sentido face à visão oficial – dada por Hobbes e Locke – segundo a qual “insanidade” era indissociável da presença de delírios, que por definição excluía qualquer possibilidade de insight. Essas questões, até o final do século XIX, pertenceram mais ao campo do Direito - levantadas por advogados, que questionam a noção de insanidade total - que ao da Medicina (Berrios, 1996).

O desenvolvimento de conceitos como *monomania* e *insanidade parcial*, na segunda metade do século XIX, abririam o campo para os primeiros questionamentos sobre a importância clínica de se avaliar as atitudes dos pacientes frente a sua insanidade. No mesmo período foram incorporados à psiquiatria conceitos como “*consciência*”, *introspecção* e *self*, fundamentais para a constituição do debate acerca do insight .

Jaspers (1979) foi um dos primeiros autores a examinar a questão do insight ressaltando o valor da auto-observação dos pacientes como fonte de conhecimento em relação à experiência psíquica mórbida. Jaspers distinguia a percepção de estar doente, que para ele seria o insight propriamente dito, e o julgamento que se faz sobre a natureza do adoecimento. Esse julgamento seria influenciado por uma série de fatores que entrariam na própria constituição da personalidade do paciente.

Jaspers é um dos autores mencionados por Aubrey Lewis (1934) em seu importante artigo “*The Psychopathology of Insight*”, cujas idéias tiveram larga influência no debate ulterior acerca da noção de insight dentro da psiquiatria clínica (Dantas e Banzato, 2004). Ao contrário da maioria de seus

contemporâneos<sup>1</sup>, Lewis (1934) já defendia a possibilidade de existência de insight na psicose, apontando a inadequação de se utilizar a manifestação de insight por parte do paciente como critério distintivo entre “psicose” e “neurose”. A crítica a uma concepção dicotômica de insight, como manifestação simplesmente “presente” ou “ausente”, já se encontra no artigo de Lewis (1934), bem como a explicitação da variedade de significados e empregos do termo “insight” (Dantas e Banzato, 2004). O autor constata: *“Insight is not a word of plain and single meaning. (...) In the text-books the diversity of meaning attached to the word appears in the form of discrepant statements and even polemics* (Lewis, 1934, p.332)<sup>2</sup>.

Em seu livro sobre a história dos sintomas mentais, Berrios (1996) defende a idéia de que o processo de “construção do sintoma” dentro da psicopatologia resulta da uma convergência entre um termo (“insight”, “*conciencia de enfermedad*”, etc.), um conceito (“olhar para dentro”, “penetrar com os olhos da mente”) e um determinado comportamento (o qual para ser reconhecido depende parcialmente de um quadro referencial conceitual). No caso de “insight” tal convergência seria instável (Berrios e Marková, 1998).

O termo “insight” deriva do alemão *Einsicht* (“olhar para dentro”) e existe apenas em línguas de raízes germânicas. O *New Oxford Dictionary of English* (Pearsall e Hanks, 2001) fornece um conjunto de definições para “insight” baseadas na mesma metáfora visual: visão interna, com os olhos da mente; percepção, discernimento, o fato de penetrar com os olhos ou com o entendimento no caráter íntimo ou na natureza escondida das coisas. As línguas latinas não possuem um termo unitário correspondente e traduzem “insight” de acordo com sua função. Nas disciplinas relacionadas à saúde mental, não há uma definição

---

<sup>1</sup> Jaspers (1979), por exemplo, acreditava que o insight poderia ocorrer transitoriamente na psicose aguda, mas logo desaparecia com o progredir da doença. Considerava que quando o insight persistia, era mais provável tratar-se de um transtorno de personalidade do que de psicose.

<sup>2</sup> “Insight não é uma palavra de significado único e plano. (...) Nos livros-texto, a diversidade de significados ligados ao termo aparece na forma de afirmações discrepantes e até mesmo polêmicas.” Tradução da autora.

consensual de “insight” e o termo é empregado em múltiplas acepções e em referência a diferentes “objetos” (Berrios e Marková, 1998).

Para mencionarmos em termos gerais algumas dessas acepções, temos: a) na psicologia psicodinâmica, insight como um autoconhecimento profundo, geralmente referente a processos psicodinâmicos considerados importantes na explicação da psicopatologia do paciente (Marková e Berrios, 2001); b) na psicologia *Gestalt*, como aprendizado configuracional - a repentina percepção de como as partes se relacionam a um todo organizado (Hartmann, 1933); c) na psiquiatria clínica, insight, num sentido amplo, compreendendo uma percepção ou consciência (*awareness*) pelo paciente de seus variados estados mentais e comportamentos considerados sintomas e sinais psicopatológicos, e ainda alguma forma de elaboração secundária dessas experiências (Marková e Berrios, 1995).

No presente estudo nos referiremos a insight neste último sentido e optamos pela utilização do termo sem tradução do inglês – tal como aparece, por exemplo, na tradução brasileira do “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -Revised Text*” (DSM-IV-TR) (APA, 2000, p.323) – por consideramos que expressões como: “senso crítico”, “consciência da doença”, “noção da doença” ou “crítica da doença”, utilizadas como tradução para “insight” em parte dos textos brasileiros (Gigante, 2003), não preservam a polissemia do termo original “insight”.

O conceito de insight, mesmo dentro da psiquiatria clínica, é traduzido em diferentes definições, mais ou menos restritivas, nos trabalhos dos diversos autores. Lewis (1934) definia insight como “uma atitude correta por parte do paciente em relação a uma alteração mórbida em si próprio”. Marková e Berrios (1992a) adotam uma definição mais abrangente: “uma subcategoria do autoconhecimento, a qual os pacientes expressam não apenas em relação ao distúrbio que os afeta, mas também em relação a como esse distúrbio afeta sua interação com o mundo”. Parecem predominar atualmente definições de insight como um construto multidimensional agrupando dimensões basicamente em torno

de: reconhecimento de se estar doente; reconhecimento da necessidade de tratamento; e capacidade de nomear as experiências patológicas (comunicar o reconhecimento da experiência como mórbida) (McEvoy, 1989; Amador et al., 1991; David, 1990).

Embora esse conceito multidimensional de insight seja teoricamente aplicável em referência a qualquer transtorno mental, as pesquisas sobre insight vêm se concentrando fortemente em pacientes com sintomas psicóticos. Possivelmente tal predominância esteja relacionada à prevalência de “insight pobre” (*poor insight*) em pacientes esquizofrênicos. O *International Pilot Study of Schizophrenia* (WHO, 1973) identificou insight pobre como o sintoma mais freqüentemente (97%) observado na esquizofrenia aguda, ainda que a forma de avaliação do insight utilizada naquele estudo, o item 104 do *Present State Examination* (PSE) (Wing et al., 1974)<sup>3</sup>, tenha sido criticada. Amador et al. (1994), utilizando um instrumento de avaliação do insight considerado dos mais apropriados (a *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* – SUMD), encontrou que mais de 50% dos pacientes esquizofrênicos (N=221), em um estudo multicêntrico, apresentavam insight entre moderadamente comprometido e completamente ausente.

Diferentes modelos explanatórios buscam dar conta do comprometimento do insight observado em pacientes psicóticos. Cooke et al. (2005) identificaram três “tipos” de modelos dominantes na literatura atual sobre insight e psicose, embora, em geral, tais modelos não tenham sido formalizados e explicitados: a) “modelos clínicos”, que explicam insight como um sintoma primário do processo da esquizofrenia, no sentido da terminologia de Bleuler (1985), ou que propõem que insight esteja relacionado ao modo como os sintomas particulares são formados; b) “modelo neuropsicológico”, que propõe que o insight pobre seja produto de déficits neurocognitivos secundários a alterações cerebrais;

---

<sup>3</sup> Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. Measurement and classification of psychiatric symptoms. Cambridge: Cambridge University Press, 1974. *apud* David, A. Insight and psychosis. Br J Psychiatry 1990; 156:798-808.

e c) “modelo de negação psicológica”, que sustenta que o insight pobre reflete o uso da negação como uma estratégia adaptativa de proteção contra o estresse excessivo (*distress*) decorrente do diagnóstico de um quadro tido como crônico, grave e muitas vezes estigmatizante. Um quarto modelo, que Cooke et al. (2005) não chegam a discutir por considerarem ter menos embasamento empírico, enfoca a dimensão social do insight e sugere que o nível de insight apresentado por um paciente psicótico é largamente influenciado pelo contexto social em que é avaliado (Johnson e Orrell, 1995).

Tais modelos explanatórios não são necessariamente mutuamente exclusivos. Cada um pode ser mais ou menos apropriado de acordo com a dimensão do insight considerada e com características dos pacientes avaliados. É possível ainda que, no mesmo paciente, diferentes mecanismos etiológicos operem simultaneamente em extensões que variam de acordo com o grau de déficit neurocognitivo, o estado clínico o tempo de doença mental apresentados pelo paciente (Carroll et al., 1999).

## **1.2- Introdução de métodos padronizados de avaliação do insight**

Pouca atenção crítica havia sido dada, na literatura, às formas de avaliação do insight até o final da década de 1980. Os trabalhos iniciais sobre insight em psicose baseavam-se largamente em material clínico descrevendo as crenças dos pacientes a respeito de sua doença. Essa abordagem oferecia uma rica contextualização da avaliação de cada paciente, mas, ao mesmo tempo, pouco oferecia em termos de comparabilidade entre os estudos e de replicabilidade das pesquisas (Amador e Kronengold, 1998). A partir do trabalho de autores como David (1990), Amador et al. (1991) e Marková e Berrios (1992b) que, baseados em revisões sobre as concepções de insight e sobre os estudos empíricos realizados até aquele momento, foram unânimes em afirmar a necessidade de instrumentos de avaliação abrangente e padronizada do insight, esforços passaram a ser empreendidos no sentido de se desenvolverem tais instrumentos.

As abordagens mais utilizadas na avaliação do insight podem ser divididas, em:

a) **Categoriais** (Cuesta e Peralta, 1994; Goldberg et al, 2001), nas quais o “insight” é descrito em termos de tudo ou nada (presente ou ausente) ou ainda categorizado em mais grupos (ausente, parcialmente presente, presente). Um exemplo desta forma de abordagem é o item 104 do PSE, no qual o examinador, baseado nas respostas dos pacientes a questões sobre sintomas psicóticos, o classifica em uma de quatro categorias ordenadas: 0 (insight completo) a 3 (nega a condição completamente).

b) **Contínuas** (McEvoy et al., 1989; David et al., 1992; Amador et al., 1993; Birchwood et al., 1994; Marková et al, 2003), nas quais o insight é conceitualizado como um processo contínuo, compreendendo múltiplas dimensões, e avaliado em termos de escores globais ou parciais a partir de instrumentos estruturados.

As abordagens categoriais têm sido criticadas por não apresentarem pontos de ancoragem claros para a determinação das categorias e por usarem definições de insight consideradas estreitas, que não dariam conta da complexidade do fenômeno que pretendem avaliar (Amador et al., 1993; Marková et al., 2003). As abordagens contínuas têm sido consideradas mais adequadas.

### 1.3- Instrumentos de avaliação do insight

McEvoy et al. (1989) estão entre os primeiros a proporem um instrumento padronizado de avaliação do insight, o *Insight and Treatment Attitude Questionnaire* – ITAQ, que consiste de uma entrevista semi-estruturada com 11 itens destinados a avaliar: o reconhecimento por parte do paciente de ter um transtorno mental, suas atitudes em relação à medicação e à hospitalização, e suas expectativas em relação a vir a necessitar de acompanhamento psiquiátrico

no futuro. Cada item recebe um escore de 0 (sem insight) a 2 (bom insight). Como o próprio nome do instrumento revela, há uma ênfase na avaliação das atitudes do paciente frente ao tratamento psiquiátrico: seis dos 11 itens destinam-se a isso e mencionam especificamente o uso de medicação.

Amador et al. (1993) desenvolveram a *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD), uma escala com itens que se referem ao reconhecimento da doença (geral e sintomas particulares), a atribuições a respeito da doença e dos sintomas, ao reconhecimento dos efeitos alcançados com o uso da medicação e ao reconhecimento das conseqüências de se ter um distúrbio mental. Todos esses aspectos são avaliados em relação ao momento presente e ao passado (reconhecimento e atribuição atuais dos sintomas passados). Trata-se de uma escala extensa, que requer treinamento cuidadoso para sua utilização.

David (1990) sugere um método de avaliação do insight em pacientes psicóticos, o *Schedule for Assessing the Components of Insight* – SAI, baseado em um conceito de insight que compreende três dimensões: (a) percepção da doença (*awareness of illness*); (b) capacidade de renomear experiências psicóticas como anormais e (c) adesão ao tratamento. O instrumento é constituído de sete questões enfocando cada uma daquelas dimensões, pontuadas de 0 (indica pior insight) a 2 (indica melhor insight), e mais uma questão de “contradição hipotética”, acrescentada para avaliar a capacidade do paciente de distanciar-se de suas interpretações e levar em consideração a perspectiva de outra pessoa, pontuada de 0 a 4, gerando um escore máximo de 18. A análise fatorial de componentes principais realizada para esta escala apontou um único fator (o item da contradição hipotética) respondendo por 60,2% da variância.

O SAI foi posteriormente expandido (Kemp e David, 1997) para incluir itens relativos à percepção de mudanças, de dificuldades decorrentes da condição mental, de sintomas específicos, e da necessidade de tratamento (considerada distintamente da real adesão ao tratamento). A versão expandida é constituída de 10 itens e ainda do item adicional de contradição hipotética. O escore máximo é 28 e indica maior insight. A análise fatorial realizada para o SAI-E indicou três

fatores que responderam por 66,5% da variância (David et al., 2003). O fator 1 (26,4% da variância) consistiu nos dois itens relativos ao reconhecimento de sintomas mentais e à atribuição dos sintomas a uma doença mental e no item de contradição hipotética. O fator 2 (24,2% da variância) consistiu nos cinco itens sobre percepção da doença; e o fator 3 (15,9% da variância), nos três itens relativos à adesão ao tratamento. Os fatores encontrados correspondem diretamente às dimensões do insight postuladas por David (1990), sugerindo que a versão expandida do SAI capta melhor o construto teórico adotado pelo autor.

Os três instrumentos mencionados acima são de aplicação e avaliação pelo entrevistador e são provavelmente os que mais freqüentemente têm sido utilizados nas pesquisas. Embora comparações entre escalas devam levar em consideração os objetivos específicos com que os instrumentos serão utilizados em cada situação, há pesquisadores (Ghaemi e Rosenquist, 2004) que consideram a SUMD a escala de avaliação de insight mais útil e mais adequada em termos psicométricos, seguida de perto pelo SAI e pelo SAI-E.

Entre os instrumentos de auto-aplicação, destacam-se: a *Insight Scale* (IS) de Birchwood et al. (1994), que foi desenvolvida a partir do SAI e compreende oito sentenças para as quais o paciente deve marcar “concordo”, “discordo” ou “incerto”; a *Insight Scale* (IS) de Marková e Berrios (1992) (Marková et al., 2003); e a *Beck Cognitive Insight Scale - BCIS* (Beck et al., 2004). A escala de Marková e Berrios (1992) (Marková et al., 2003) é aquela que tem seus pressupostos conceituais mais claramente explicitados. Baseia-se em um modelo teórico (Marková e Berrios, 1995) no qual o insight é descrito como uma estrutura hierárquica, com níveis progressivos de complexidade. A proposta da escala dos autores é focalizar aqueles que seriam os primeiros níveis da estrutura do insight: percepção e articulação de mudanças na experiência subjetiva ao invés de crenças e atitudes mais elaboradas quanto a essas mudanças.

A BCIS difere dos demais instrumentos por se propor a avaliar o que seus autores (Beck et al., 2004) chamam de “insight cognitivo”, cujo comprometimento seria representado por: prejuízo na objetividade acerca de

distorções cognitivas, perda da capacidade do paciente de distanciar-se de suas próprias interpretações, resistência a informações corretivas fornecidas por outros e confiança excessiva em suas próprias conclusões.

Outras escalas foram publicadas, como a *Patient's Experience of Hospitalization* – PEH (Carsky et al., 1992); a *Awareness of Illness Interview* – All (Cuffel et al., 1996); o *Self-Appraisal of Illness Questionnaire* – SAIQ (Marks et al., 2000); mas a experiência de sua utilização é limitada. A Tabela A apresenta uma comparação entre diversos instrumentos desenvolvidos especificamente para a avaliação do insight.

**Tabela A-** Comparação entre instrumentos de avaliação do insight

| Escala                                          | Autores (ano)                                         | Número de itens e forma de aplicação                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Pacientes-alvo e situação de tratamento                                                                                                                                                               | Aspectos abordados                                                                                                                                                                                                       | Alguns estudos em que a escala foi utilizada |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>BABS</b> – Brown Assessment of Beliefs Scale | Eisen, Phillips, Baer, Beer, Atala e Rasmussen (1998) | <ul style="list-style-type: none"> <li>7 itens com escores de 0 (“menos delirante ou patológico”) a 4 (“delirante ou mais patológico”).</li> <li>Aplicação pelo avaliador</li> </ul>                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes com “crenças” que podem chegar a delirantes (obsessões, preocupações excessivas, etc.) em vários TMs.</li> <li>Ambulatorial ou hospitalar</li> </ul> | Avalia o “caráter delirante” de crenças ou idéias: convicção; fixidez; percepção da visão de outros; explicação de visões diferentes, tentativas de obter provas contrárias à crença, e noção de seu caráter patológico. | Eisen et al. (2001)                          |
| <b>BCIS</b> - Beck Cognitive Insight Scale      | Beck, Baruch, Balter, Steer, e Warman (2004)          | <ul style="list-style-type: none"> <li>15 itens divididos em duas sub-escalas: auto-reflexividade (<i>self-reflectiveness</i>) e auto-certeza (<i>self-certainty</i>). Obtém-se um índice composto (auto-reflexividade <i>menos</i> auto-certeza) que varia de -18 a 27 (maior escore, melhor insight).</li> <li>Auto-aplicação</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pode ser utilizada em pacientes com qualquer TM, mas é mais adequada a pacientes psicóticos.</li> <li>Ambulatorial ou hospitalar</li> </ul>                    | Capacidade e disposição do paciente para observar suas produções mentais e considerar explicações alternativas; confiança excessiva do paciente em suas próprias crenças.                                                | Beck et al. (2004)                           |

TM = Transtorno mental

**Tabela A (continuação)-** Comparação entre instrumentos de avaliação do insight

| Escala                                                                   | Autores (ano)                                               | Número de itens e forma de aplicação                                                                                                                                                                           | Pacientes-alvo e situação de tratamento                                                                                                                         | Aspectos abordados                                                                                                                                                                                 | Alguns estudos em que a escala foi utilizada                          |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>HAIS – Hanil Alcohol Insight Scale</b>                                | Kim, Kim, Lee, Lee e Oh (1998)                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 20 itens. Escore total de -20 a 20 (maior escore, melhor insight).</li> <li>▪ Auto-aplicação</li> </ul>                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pacientes dependentes de álcool em tratamento hospitalar.</li> </ul>                                                   | Reconhecimento de problemas com a bebida, de que se é dependente de álcool. Disposição para ficar abstinente e para a hospitalização.                                                              | Kim et al. (1998)                                                     |
| <b>Insight Scale</b>                                                     | Marková e Berrios (1992)                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 32 itens divididos em duas sub-escalas A e B. Na sub-escala A maior escore representa melhor insight, na outra ocorre o inverso.</li> <li>▪ Auto-aplicação</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mais adequada a pacientes psicóticos, mas pode ser utilizada em outros TMs graves.</li> <li>▪ Hospitalar</li> </ul>    | Percepção de mudanças em si mesmo(a) e em relação ao ambiente, de estar doente, da necessidade de hospitalização, de perda de controle sobre a situação. Desejo de compreender a própria situação. | Sanz et al. (1998)                                                    |
| <b>Insight Scale (second version)</b>                                    | Marková, Roberts, Gallagher, Boos, McKenna e Berrios (2003) | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 30 itens. Escore total de 0 a 30 (maior escore, melhor insight)</li> <li>▪ Auto-aplicação</li> </ul>                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pacientes com sintomas psicóticos.</li> <li>▪ Ambulatorial ou hospitalar</li> </ul>                                    | Percepção de mudanças em si mesmo(a) e em relação ao ambiente.                                                                                                                                     | Marková et al. (2003)                                                 |
| <b>IS – Insight Scale (Também chamada BIS - Birchwood Insight Scale)</b> | Birchwood, Smith, Drury, Healy, Macmillan, e Slade (1994)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 8 itens. Escore total de 0 a 12 (maior escore, melhor insight).</li> <li>▪ Auto-aplicação</li> </ul>                                                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pacientes com sintomas psicóticos.</li> <li>▪ Hospitalar ou ambulatorial, desde que haja internação prévia.</li> </ul> | Reconhecimento dos sintomas, do TM de um modo geral e da necessidade de tratamento (medicação e hospitalização).                                                                                   | Cabeza et al. (2000);<br>Kamali et al. (2001);<br>Drake et al. (2004) |

*TM = Transtorno mental*

**Tabela A (continuação)-** Comparação entre instrumentos de avaliação do insight

| Escala                                                           | Autores (ano)                                                           | Número de itens e forma de aplicação                                                                                                                                                                         | Pacientes-alvo e situação de tratamento                                                                                                                               | Aspectos abordados                                                                                                   | Alguns estudos em que a escala foi utilizada                                                     |
|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ITAQ -</b><br>Insight and Treatment Attitudes Questionnaire   | McEvoy, Apperson, Applebaum, Ortllip, Brecosky, Hammill e outros (1989) | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 11 itens. Escore total de 0 a 22 (maior escore, melhor insight).</li> <li>▪ Aplicação pelo avaliador</li> </ul>                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pacientes com sintomas psicóticos.</li> <li>▪ Hospitalar ou ambulatorial, desde que haja internação prévia.</li> </ul>       | Reconhecimento do TM, atitudes quanto ao tratamento (medicação e hospitalização), expectativas quanto ao seguimento. | Carroll et al. (1999);<br>Weiler et al. (2000);<br>Cunningham et al. (2001)                      |
| <b>MDIS – Mood Disorders Insight Scale</b>                       | Sturman e Sproule (2003)                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 8 itens. Escore total de 0 a 12 (maior escore, melhor insight).</li> <li>▪ Aplicação pelo avaliador</li> </ul> <p><i>Obs: Foi desenvolvida a partir da BIS.</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pacientes com transtorno afetivo.</li> <li>▪ Ambulatorial ou hospitalar</li> </ul>                                           | Reconhecimento de sintomas e capacidade de atribuí-los a um TM. Percepção da necessidade de tratamento psiquiátrico. | Sturman e Sproule (2003)                                                                         |
| <b>PEH –</b><br>Patient's Experience of Hospitalization          | Carsky, Selzer, Terkelsen e Hurt (1992)                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 18 itens. Escore total de 18 a 72 (maior escore, <b>pior</b> insight)</li> <li>▪ Auto-aplicação</li> </ul>                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Com TM grave que necessite de internação.</li> <li>▪ Hospitalar (a avaliação dá-se em relação à internação atual)</li> </ul> | Principalmente percepção da necessidade de internação e tratamento psiquiátricos. Reconhecimento de ter um TM.       | Carsky et al. (1992)                                                                             |
| <b>SAI -</b><br>Schedule for Assessing the Components of Insight | David, Buchanan, Reed e Almeida (1992)                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 8 itens. Escore total de 0 a 18 (maior escore, melhor insight).</li> <li>▪ Aplicação pelo avaliador</li> </ul>                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pacientes com sintomas psicóticos.</li> <li>▪ Ambulatorial ou hospitalar</li> </ul>                                          | Reconhecimento de ter TM; capacidade de renomear as experiências psicóticas como anormais; adesão ao tratamento      | Almeida et al. (1995);<br>Collins et al. (1997);<br>Kim et al. (1997);<br>Carroll et al. (2004); |

TM = Transtorno mental

**Tabela A (conclusão)-** Comparação entre instrumentos de avaliação do insight

| Escala                                                                   | Autores (ano)                                         | Número de itens e forma de aplicação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Pacientes-alvo e situação de tratamento                                                                                                                                         | Aspectos abordados                                                                                                                                                                      | Alguns estudos em que a escala foi utilizada                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SAI-E</b> - Schedule for the Assessment of Insight - Expanded Version | Kemp e David (1997)                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>11 itens. Escore total de 0 a 28 (maior escore, melhor insight).</li> <li>Aplicação pelo avaliador</li> </ul>                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes com sintomas psicóticos.</li> <li>Ambulatorial ou hospitalar</li> </ul>                                                        | Reconhecimento de ter TM; capacidade de renomear as experiências psicóticas como anormais; adesão ao tratamento<br>Mais: percepção de mudanças e dificuldades decorrentes do transtorno | Kemp e David (1996);<br>Morgan et al. (2002);<br>Yen et al. (2002)<br>Yen et al. (2003)          |
| <b>SAIQ</b> – Self-Appraisal of Illness Questionnaire                    | Marks Fastenau; Lysaker; Bond (1999)                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>17 itens. Escore total de 17 a 68 (maior escore, <b>pior</b> insight).</li> <li>Auto-aplicação</li> </ul> <p><i>Obs: Foi desenvolvida a partir da PEH</i></p>                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mais adequada a pacientes psicóticos, mas pode ser utilizada em pacientes com outros TMs em tratamento.</li> <li>Ambulatorial</li> </ul> | Principalmente reconhecimento da necessidade de tratamento psiquiátrico, mas também reconhecimento de ter um TM e crenças sobre o prognóstico.                                          | Young et al. (2003)                                                                              |
| <b>SUMD</b> – Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder             | Amador; Strauss; Yale; Flaum; Endicott; Gorman (1993) | <ul style="list-style-type: none"> <li>23 itens. Os itens 1 a 6 abordam o reconhecimento geral do TM e os itens 7 a 23, sintomas específicos. Para cada item há sub-itens que recebem escore de 1 a 5 (maior escore, <b>pior</b> insight). Escore 0 é atribuído a itens não avaliados ou irrelevantes.</li> <li>Aplicação pelo avaliador</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Pacientes com sintomas psicóticos positivos e/ou negativos.</li> <li>Ambulatorial ou hospitalar</li> </ul>                               | Reconhecimento, e atribuição a TM de cada sintoma (no presente e retrospectivos). Reconhecimento dos efeitos obtidos com a medicação, e das consequências sociais do TM                 | Kemp e Lambert (1995);<br>Moore et al. (1999);<br>Koren et al. (2004)<br>Schwartz e Smith (2004) |

TM = Transtorno mental

Na ausência de um padrão-ouro estabelecido para a avaliação do insight, a validade dos primeiros instrumentos abrangentes e padronizados para aquela finalidade foi testada em relação a entrevistas clínicas semi-estruturadas (Amador et al., 1993; Marková e Berrios, 1992), e ao item 104 do PSE, que aborda insight (David et al, 1992; Marková et al., 2003) – o que de certa maneira é um contra-senso, uma vez que os novos instrumentos de avaliação de insight baseiam-se em definições mais abrangentes do conceito e pretendem justamente superar as limitações de abordagens categoriais como o item 104 do PSE.

Em um estudo de comparação entre diferentes escalas de avaliação de insight, Sanz et al. (1998) aplicaram o ITAQ, o SAI, o SAI-E, a IS de Marková e Berrios, e o item de avaliação de ausência de julgamento e insight (item G12) da *Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia* (PANSS) à pacientes psicóticos. Foi encontrada uma forte correlação entre SAI, SAI-E, ITAQ e item sobre insight da PANSS. A correlação foi mais baixa entre todas essas escalas e a IS de Marková e Berrios. Em outro trabalho, Cuesta et al. (2000) usaram dois instrumentos específicos para avaliação de insight, a SUMD e o ITAQ, e ainda os três itens referentes a insight do *Manual for Assessment and Documentation in Psychopathology* (AMPD) em um estudo longitudinal com pacientes psicóticos. Encontraram uma alta intercorrelação entre as medidas obtidas a partir das diferentes escalas tanto na primeira avaliação dos pacientes, quanto na avaliação de seguimento. Drake e Lewis (2003) encontraram correlações significativas variando entre 0,66 e 0,83 (coeficiente de correlação de Pearson) entre os escores totais de todas as seguintes escalas: SAI-E, ITAQ, BIS, SUMD e ainda o item G12 da PANSS. Os trabalhos descritos demonstram que as escalas estudadas alcançam uma boa validade concorrente, uma vez que, na ausência de um padrão-ouro para a avaliação do insight, pontuações obtidas a partir de diferentes instrumentos com propósitos equivalentes estiveram fortemente correlacionadas.

#### **1.4- Pesquisas sobre insight em pacientes psicóticos**

Especialmente depois da adoção de formas padronizadas de avaliação do insight, vêm ganhando espaço da literatura internacional os estudos que buscam correlacionar insight em pacientes psicóticos com variáveis tais como: gravidade da doença (Goldberg et al., 2001), ajuste social (Lysaker et al., 1998a; Simon et al., 2004), risco de suicídio (Amador et al., 1996; Yen et al., 2002, Schwartz e Smith, 2004), qualidade de vida (Browne et al., 1998; Doyle et al., 1999), adesão ao tratamento (Cuffel et al., 1996; Kemp e David, 1996; Kampman e Lehtinen, 1999; Tait et al., 2003), curso da doença (Jørgensen, 1995; Weiler et al., 2000; Thompson et al., 2001) e comprometimento neurocognitivo (Cuesta et al., 1995; Lysaker et al., 1998b; McCabe et al., 2002; Lysaker et al., 2003). Os resultados destes estudos mostram-se algumas vezes contraditórios e não permitem conclusões definitivas, mas parecem dar embasamento empírico à hipótese de que o insight possa funcionar como um indicador de prognóstico (David, 1998).

Alguns dos estudos que examinam a relação entre insight e sintomas psicóticos apresentam resultados conflitantes. Por exemplo, McEvoy et al. (1989) não encontraram relação entre insight e psicopatologia aguda, entretanto outros pesquisadores (Amador et al., 1994) encontraram correlação negativa significativa entre insight e severidade de alguns sintomas como delírios, distúrbio do pensamento e comportamento desorganizado, sugerindo que à medida que tais sintomas se intensificam, o grau de insight diminui.

Em uma meta-análise de 40 estudos, Mintz et al. (2003) encontraram correlação negativa significativa entre insight e sintomas gerais, sintomas positivos e negativos da esquizofrenia, ainda que tais correlações tenham sido modestas e apenas 3 a 7% da variabilidade do insight sejam explicados pela severidade da sintomatologia. Uma correlação positiva modesta foi encontrada, naquela meta-análise (Mintz et al., 2003), entre insight e sintomas depressivos em pacientes psicóticos, sugerindo que à medida que o grau de insight aumenta, também aumentam sintomas depressivos. É possível que exista uma relação

não-linear entre insight e sintomas psicopatológicos (Mintz et al., 2003). Uma limitação das meta-análises é que apenas relações lineares podem ser investigadas com este método.

Insight comprometido tem sido correlacionado a pior prognóstico (Amador et al., 1993), mais internações (Amador et al., 1993), pior funcionamento psicossocial (Amador et al., 1994; Lysaker, 1998a), taxas de sucesso reduzidas no tratamento ambulatorial de descompensações (Heinrichs et al., 1985) e maior intervalo entre o início dos sintomas e a busca por tratamento (Drake et al., 2000). Por outro lado, em alguns estudos um melhor insight tem sido associado a maior risco de suicídio (Kim et al., 2003; Schwartz e Smith, 2004).

Pesquisas recentes têm focado as relações entre medidas de insight e performance em testes neuropsicológicos que refletem diferentes domínios cognitivos (Lysaker et al., 1998b; Lysaker et al., 2003; Keshavan et al., 2004), dentre eles o mais usado é o *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST) que é considerado uma tarefa “frontal” capaz de medir as chamadas “funções executivas” (Cuesta et al., 1995; Koren et al., 2004). Há evidências de que o insight pobre esteja associado a déficits em tais funções executivas (Cooke et al., 2003). Em um nível anatômico, foi relatada uma redução significativa do volume do cortex pré-frontal dorso-lateral direito em pacientes com insight pobre quando comparados àqueles com bom insight (Shad et al., 2004). Em outros estudos, escores baixos em dimensões específicas do insight estiveram associados à redução volumétrica de sub-regiões frontais específicas (Flashman et al., 2001); e insight global baixo esteve associado a: déficits de substâncias cinzenta e branca no cíngulo, aumento de substância branca e redução de substância cinzenta na ínsula esquerda e aumento de substância cinzenta na região acima da ínsula esquerda (Morgan et al., 2002).

## 1.5- Instrumentos de avaliação do insight disponíveis no Brasil

No Brasil, poucos estudos sobre insight com utilização de instrumentos padronizados foram desenvolvidos até o momento. Até onde conseguimos aferir, o único instrumento do qual se tem uma versão brasileira (Fiss, 2001) é a *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* – SUMD, que se por um lado teve as propriedades psicométricas de sua versão original bastante estudadas, por outro requer um treinamento relativamente extenso, apresentou no estudo original baixa confiabilidade entre avaliadores para alguns de seus itens, e exige um tempo maior para sua aplicação quando comparada a outras escalas. Além disso, os itens são elaborados na forma de questões a serem dirigidas ao examinador, e não ao examinado. Por exemplo, o item 8N, extraído da versão brasileira (Fiss, 2001) é: “noção dos delírios: o indivíduo tem noção das experiências de delírios, isto é, que ele(a) produziu crenças falsas?” Esse tipo de formulação contribui para uma menor padronização na utilização da escala, decorrente de diferenças na forma de conduzir a entrevista.

A SUMD foi utilizada por Bassitt (2004) na investigação das correlações entre comprometimento do insight, sintomas psicopatológicos (positivos, negativos e desorganizados) e volume regional de substância cinzenta em pacientes esquizofrênicos. A autora (Bassitt, 2004) encontrou correlação positiva entre comprometimento do insight e sintomas negativos e de desorganização (isto é, quanto pior o insight, mais intensos tais sintomas), e correlação negativa entre insight e sintomas depressivos e ansiosos. Não foi encontrada associação entre insight pobre e volume de substância cinzenta total ou frontal, houve apenas uma tendência à redução de substância cinzenta no lobo occipital (giro lingual).

O SAI foi traduzido para o português por Gigante e Castel (2004) e adaptado para ser aplicado a familiares em um estudo de comparação entre o insight de pacientes e o de familiares de pacientes. Entretanto, foi realizada somente uma tradução do SAI e o uso de um instrumento de avaliação fora da cultura em que foi desenvolvido requer um processo de adaptação mais abrangente, que leve em conta múltiplos fatores lingüísticos e socioculturais

(Flaherty et al., 1988; Jorge, 2000), além do estudo das propriedades psicométricas do instrumento dentro do novo contexto para o qual foi adaptado.

Naquele trabalho os familiares dos pacientes tiveram escores total e parciais (referentes aos componentes da escala) significativamente mais altos que os pacientes; e para cada par paciente-familiar, observou-se uma correlação positiva entre escore do familiar e escore do paciente nos componentes “reconhecimento da doença” e “adesão ao tratamento”, mas não no componente “renomeação dos fenômenos psicóticos”. Os próprios autores fazem a ressalva de que a adaptação do SAI para o uso em familiares não se mostrou um bom instrumento para este grupo: “Os escores obtidos se concentraram de forma evidente nos valores mais altos, com pouca variabilidade (*ceiling effect*), não sendo possível uma melhor discriminação da crítica no grupo de familiares” (Gigante, 2003, p.88).

A escolha de uma escala de avaliação para utilização em pesquisa deve levar em conta fatores como o tempo dispensado na avaliação, a necessidade de treinamento dos avaliadores e os objetivos da pesquisa. Tendo isso em conta, consideramos útil que se disponha de diferentes instrumentos para a avaliação de um aspecto clínico ainda pouco explorado no Brasil, como é o caso do insight, e escolhemos adaptar o SAI-E por se tratar de um instrumento que em sua versão original tem se mostrado válido e de aplicação relativamente simples. A versão expandida do SAI aborda aspectos considerados relevantes do insight que não são abordados pela versão original do SAI e é de aplicação mais fácil e rápida que a SUMD.

## ***2- OBJETIVOS***

## **2.1- Objetivo geral**

Realizar a adaptação transcultural para o contexto brasileiro de um instrumento padronizado para a avaliação abrangente do insight em pacientes psicóticos, válido e de utilização relativamente simples.

## **2.2- Específicos:**

2.2.1- Traduzir e adaptar para o português o instrumento “*Schedule for the Assessment of Insight – Expanded Version*” (SAI-E).

2.2.2- Testar a confiabilidade entre avaliadores alcançável com um treinamento mínimo no uso da versão brasileira do SAI-E.

2.2.3- Verificar a estrutura fatorial subjacente às medidas obtidas com a aplicação da versão brasileira do SAI-E em uma amostra de pacientes psicóticos

### ***3- HIPÓTESES***

**3.1-** O “*Schedule for the Assessment of Insight - Expanded Version*” (SAI-E) pode ser satisfatoriamente adaptado para uso no contexto cultural brasileiro.

**3.2-** Uma boa confiabilidade entre avaliadores pode ser alcançada com um treinamento mínimo no uso da versão brasileira do SAI-E.

**3.3-** As medidas de insight obtidas com a utilização da versão brasileira do SAI-E em pacientes psicóticos apresentam uma estrutura fatorial semelhante à obtida com a utilização do instrumento original na cultura em que foi desenvolvido.

## *4- MÉTODOS*

#### 4.1- Tradução e adaptação transcultural do SAI-E

Neste trabalho adotamos o método proposto por Flaherty et al. (1988) para a seleção, adaptação e validação de instrumentos desenvolvidos dentro de uma cultura para utilização em outras culturas.

Segundo os autores, a seleção do instrumento deve começar com uma revisão cuidadosa da literatura sobre os instrumentos disponíveis para a avaliação do construto a ser estudado e deve obedecer às seguintes prioridades:

- a) instrumentos que já demonstraram ser equivalentes em diferentes culturas;
- b) instrumentos que já foram extensivamente testados e demonstraram ser adequados do ponto de vista psicométrico em uma cultura, mas ainda não foram testados em outras culturas (ou na cultura em que se pretende realizar o estudo);
- e c) instrumentos que apresentam alta *face validity*, mas requerem ainda testagem psicométrica na cultura de origem, seguida de validação transcultural.

A revisão da literatura sobre instrumentos de avaliação do insight foi realizada utilizando-se as bases de dados MEDLINE, PsycINFO, LILACS e ISI Web of Science (Science Citation Index Expanded), pesquisando-se os termos: “insight”, “assessment”, “awareness of disease”, “unawareness of disease”, “psychosis”, “psychotic”. As referências bibliográficas dos artigos localizados desta forma também foram consultadas em busca de indicações de outros artigos relevantes. Os resultados dessa revisão, apresentados na introdução deste trabalho, nos permitiram selecionar o SAI-E, enquadrando-o no item b) das prioridades indicadas por Flaherty et al. (1988).

O SAI-E é composto de 11 itens, para cada um dos quais, um escore maior representa melhor insight. Os itens de 1 a 3 abordam o reconhecimento do transtorno mental, abrangendo desde a percepção pelo paciente de mudanças ou dificuldades psicológicas até sua capacidade de reconhecer que o próprio quadro constitui um transtorno mental. O item 4 aborda a explicação que o paciente fornece para sua condição; o item 5, o reconhecimento de conseqüências adversas do transtorno mental e o item 6, o reconhecimento da necessidade de

tratamento. Os itens de 1 a 6 recebem escores de 0 a 2. Os itens 7 e 8 abordam o reconhecimento de sintomas específicos e de seu caráter patológico. A partir do exame do estado mental do paciente, o entrevistador deve identificar e selecionar até quatro dos sintomas mais proeminentes para serem avaliados. Para cada sintoma é atribuído um escore de 0 a 4, e a média aritmética simples dos escores para cada sintoma representa o escore do item. O item 9 aborda a capacidade do paciente de levar em conta a perspectiva de outras pessoas na avaliação de suas experiências psicóticas, é o que chamado item de “contradição hipotética”, recebe escores de 0 a 4. Por fim, os itens 10 e 11 abordam, respectivamente, a aceitação e a busca ativa de tratamento por parte do paciente e recebem escores de 0 a 2. As perguntas que compõem estes dois últimos itens devem ser dirigidas ao cuidador mais imediato do paciente, seja em casa ou no ambiente hospitalar.

A autorização para a tradução e adaptação para o português, bem como para utilização em pesquisa, do SAI-E foi obtida do autor principal da escala, Anthony David, através de comunicação por e-mail. A versão original do instrumento encontra-se em anexo (Anexo 1).

Uma vez selecionado o instrumento a ser adaptado, deve-se buscar a equivalência transcultural em cinco grandes dimensões (Flaherty et al., 1988):

1) Equivalência de conteúdo – o conteúdo de cada item do instrumento deve ser relevante ao fenômeno em estudo para cada cultura.

2) Equivalência semântica – o significado, tanto denotativo quanto conotativo (Westermeyer e Janca, 1997), de cada item deve ser o mesmo depois da tradução para o idioma de cada cultura.

3) Equivalência técnica – o método de avaliação (por exemplo: entrevista ou auto-aplicação) é comparável, em cada cultura, quanto aos dados que pode fornecer.

4) Equivalência de critério – refere-se à capacidade do instrumento de avaliar a variável em ambas as culturas em estudo, e ao fato de que a interpretação dos resultados do instrumento é similar em ambos os contextos.

5) Equivalência conceitual – o instrumento mede o mesmo construto teórico em cada cultura.

Instrumentos passíveis de alcançarem uma completa equivalência transcultural em todas essas dimensões são uma exceção, se não uma meta virtual (Canino et al., 1997). Cada item de um instrumento pode ser equivalente para duas culturas em algumas dessas dimensões e não sê-lo em outras. Por exemplo: itens equivalentes semanticamente podem não sê-lo conceitualmente e vice-versa. A seguir descreveremos os métodos específicos utilizados para a obtenção de uma razoável equivalência transcultural em cada uma das dimensões citadas.

#### 4.1.1- Equivalência de conteúdo

Os pesquisadores principais (aluna de mestrado e orientador) reuniram-se para avaliar o conteúdo de cada item quanto à sua relevância para a realidade brasileira. Nenhum item foi considerado irrelevante<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Tomaremos um exemplo de outro instrumento para ilustrar o que poderia ser considerado um item irrelevante. O item 18 da Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica – BPRS (Bech et al., 1986; Zuardi et al, 1994), que avalia “desorientação e confusão”, apresenta como uma alternativa: “(3) O paciente está acentuadamente desorientado. Por exemplo, não sabe o mês e o ano corretamente, embora ainda se localize quanto a *períodos significativos do ano (carnaval, festas juninas, natal)*”. O trecho em destaque, na versão original, era “estações do ano”. Em um país com as características climáticas do Brasil, a orientação em relação às estações do ano não poderia ser considerada relevante, de modo que os pesquisadores responsáveis pela adaptação do BPRS optaram por modificar o item.

#### 4.1.2- Equivalência semântica

Duas traduções foram realizadas a partir da versão original do SAI-E de forma independente: uma por um dos pesquisadores (C.R.D.) e outra por psiquiatra bilíngüe. Em seguida cada uma dessas traduções foi submetida, também de forma independente, a retrotraduções (duas para uma das traduções, e uma para a outra). Os pesquisadores então se reuniram para a comparação entre as retrotraduções e a versão original do instrumento.

Já nessa fase, uma razoável equivalência semântica pôde ser verificada, entretanto alguns pontos falhos foram identificados e modificados para a elaboração de uma versão síntese.

Foi realizada uma retrotradução da versão síntese por falante nativo da língua inglesa com experiência profissional em traduções de textos científicos sobre psicopatologia, e então os pesquisadores novamente se reuniram para avaliação de equivalência semântica, desta vez com contribuições do autor da retrotradução, e para a elaboração da versão brasileira final do SAI-E. A retrotradução final foi enviada para apreciação do autor da escala original.

#### 4.1.3- Equivalência técnica

O SAI-E pode ser considerado uma entrevista semi-estruturada, com um modo padronizado de pontuação dos itens pelo entrevistador. As perguntas a serem dirigidas ao entrevistado estão indicadas, mas permitem flexibilidade em sua formulação. Além disso, quando a resposta a uma questão é “não”, ou “nunca”, perguntas adicionais devem ser formuladas pelo entrevistador para conferir o quanto o entrevistado está convicto de sua resposta, ou ainda, o quanto é capaz de avaliar a questão sob a perspectiva de terceiros.

A priori não identificamos problemas na utilização desse método de coleta de dados em nosso contexto cultural. O mesmo não se poderia dizer se estivéssemos tratando de uma escala de auto-aplicação, dada a taxa de analfabetismo funcional em nossa população.

Para avaliarmos empiricamente a equivalência técnica do instrumento, realizamos um pré-teste na população-alvo: pacientes psicóticos.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) - UNICAMP (cujo parecer encontra-se em Anexo 2) e para todos os pacientes foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), para a participação no estudo. A versão brasileira do SAI-E foi utilizada na avaliação de 10 pacientes psicóticos, com diferentes graus de escolaridade e nível socioeconômico, em internação integral em dois hospitais: Sanatório Ismael, em Amparo, e Instituto Bairral, em Itapira, ambos no estado de São Paulo.

#### 4.1.4- Equivalência de critério

Os critérios para atribuição dos escores dos itens do SAI-E, já em sua versão original, levam em conta o contexto sócio-cultural do entrevistado. Por exemplo: no item 4, escore máximo é atribuído se o paciente fornece uma “explicação razoável baseada em mecanismos plausíveis (apropriada para o nível social, cultural e educacional, como por exemplo, excesso de estresse, desequilíbrio químico, história familiar, etc.)” para o seu transtorno mental. Nos itens 7 e 8, que avaliam noção e atribuição de sintomas, os critérios são indicados na forma de respostas prototípicas que representam uma gradação na manifestação de insight às quais o entrevistador deve comparar a resposta dada pelo paciente, o que permite novamente que fatores sócio-culturais sejam considerados.

Ainda que entrevistador e entrevistado tenham um referencial cultural mais amplo em comum, dificuldades de comunicação e de avaliação podem ocorrer em função de diferenças de nível educacional e/ou sócio-econômico (Westermeyer e Janca, 1997). Esta observação vale para a utilização do SAI-E mesmo na língua em que foi desenvolvido.

O trabalho de Peluso (2004), que avaliou a percepção pública (isto é, a percepção por membros da população geral) de transtornos mentais em uma amostra (n=2000) representativa da cidade de São Paulo, pode nos fornecer algumas referências para uma utilização mais adequada dos critérios de avaliação propostos pelo SAI-E. Esse estudo consistiu em um inquérito domiciliar no qual vinhetas descrevendo, em linguagem coloquial, indivíduos com transtornos mentais eram apresentadas aos entrevistados, seguidas de um questionário estruturado.

A vinheta descrevendo um caso de esquizofrenia foi a mais freqüentemente identificada como relatando um problema de saúde mental (59% dos 500 entrevistados com essa vinheta). Entretanto o termo mais freqüentemente referido na nomeação do problema foi “depressão” (23%) e o termo “esquizofrenia” foi referido por apenas 2% dos entrevistados. Em relação ao tratamento recomendável para o caso, os entrevistados indicaram preferencialmente a ajuda psicológica e atividades gerais como “ocupar mais a mente”, “alimentar-se melhor” e “praticar exercícios físicos”.

Os entrevistados pertencentes às classes D/E reconheceram mais freqüentemente os indivíduos descritos nas vinhetas como portadores de transtorno mental que os entrevistados de classes mais altas. Por outro lado, em relação às causas dos problemas retratados, os entrevistados pertencentes às classes D/E mais freqüentemente revelaram a crença de que a falta de fé em Deus poderia ser a causa do transtorno mental, e mais freqüentemente indicaram freqüentar igreja ou cultos religiosos como forma de ajuda.

Esses dados não podem ser tomados como um parâmetro absoluto, mas podem contribuir para a adequação dos critérios de avaliação de insight à população brasileira. Por exemplo: se um paciente nomeia de “depressão” o conjunto dos sintomas que descreve como “ouvir vozes, ter ‘mania’ de perseguição”, isso não necessariamente representa um comprometimento do insight, podendo ser um reflexo da terminologia leiga adotada em seu meio sócio-cultural.

Considerando esses desafios na aplicação de critérios de avaliação do insight, decorrentes não apenas da adaptação transcultural do instrumento, mas, em parte, da própria natureza do objeto de avaliação, seria razoável supor a existência de dificuldades na obtenção de uma boa confiabilidade entre avaliadores na aplicação da versão brasileira do SAI-E. Tendo isso em conta, desenvolvemos um estudo para testar empiricamente a confiabilidade entre avaliadores que poderia ser alcançada com um treinamento mínimo no uso da versão brasileira deste instrumento.

#### 4.1.5- Equivalência conceitual

Instrumentos conceitualmente equivalentes medem o mesmo construto básico em diferentes culturas. Uma avaliação direta da equivalência conceitual geralmente não é possível e o método mais usual de examiná-la é avaliar as relações entre o construto (operacionalizado como variáveis quantitativas), como medido pelo instrumento, e outras variáveis, e compará-las às relações que já são conhecidas (Flaherty et al. 1988). Com esse objetivo, empreendemos, em caráter exploratório, um estudo de associação entre insight, tal como avaliado pelo SAI-E, e variáveis sócio-demográficas, clínicas e relativas ao tratamento.

Uma das vantagens da versão expandida do SAI sobre a versão inicial é ter apresentado na análise de componentes principais três fatores que responderam por 66,5% da variância (David et al., 2003) e que correspondem diretamente às dimensões do insight postuladas por David (1990), sugerindo uma boa adequação do instrumento ao construto teórico adotado pelo autor. Realizamos uma análise fatorial da versão brasileira do SAI-E para testarmos se uma estrutura fatorial semelhante seria obtida, o que poderia ser considerado um indício indireto de equivalência conceitual com a escala original.

## 4.2- Estudo de confiabilidade entre avaliadores

A confiabilidade de um instrumento de avaliação corresponde à extensão com que medidas obtidas por um avaliador coincidem com aquelas obtidas pelo julgamento independente de outro avaliador (confiabilidade entre avaliadores) ou ainda, com aquelas obtidas pelo mesmo avaliador, com a mesma amostra, em diferentes momentos (confiabilidade teste-reteste) (Menezes e Nascimento, 2000).

Há pelo menos dois níveis de variação potencial na confiabilidade entre avaliadores: a confiabilidade da administração da entrevista e a confiabilidade da atribuição de escores (Sanson-Fisher e Martin, 1981). Apenas este último aspecto da confiabilidade entre avaliadores foi estudado nesta pesquisa.

### 4.2.1- Treinamento dos avaliadores

Neste estudo, o “Avaliador 1” foi um dos pesquisadores principais (C.R.D.) que, tendo participado ativamente do processo de adaptação do SAI-E, adquiriu familiaridade com o instrumento. O “Avaliador 2” foi uma psiquiatra que concluíra recentemente seu curso de residência. A título de treinamento do Avaliador 2 foi realizada apenas uma breve reunião no início da pesquisa, com leitura conjunta dos itens do instrumento e discussão dos critérios de atribuição dos escores. Nenhuma entrevista conjunta chegou a ser realizada e a condução das avaliações se deu de forma independente, sem qualquer *feedback*, entre os avaliadores, quanto à concordância entre os escores atribuídos.

Optamos por este treinamento restrito para estabelecermos o que poderia ser considerado o piso para a confiabilidade entre avaliadores do instrumento.

#### 4.2.2- Locais de realização da pesquisa

Os pacientes foram selecionados para o estudo em dois locais diferentes:

(a) Sanatório Ismael - hospital psiquiátrico, localizado em Amparo, São Paulo, que recebe pacientes de Amparo, Campinas e demais cidades da região que compõem a área administrativa da DIR XII. Atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em regime de internação integral.

(b) Instituto Bairral – hospital psiquiátrico localizado em Itapira, São Paulo. Possui núcleos diferenciados para pacientes atendidos através do SUS e para aqueles atendidos através de convênios médicos ou de internações particulares. Recebe pacientes de cidades da região, mas também de todo o estado de São Paulo e de outras regiões do Brasil.

Optamos por essa diversificação dos locais de pesquisa para podermos alcançar uma maior variabilidade dos pacientes quanto ao construto em estudo.

#### 4.2.3- Seleção de pacientes

O tamanho amostral foi determinado de modo possibilitar não apenas o estudo de confiabilidade entre avaliadores, mas também a análise fatorial do SAI-E. A literatura estatística sugere que, para uma análise fatorial de boa qualidade, o número de observações deve ser no mínimo 5 vezes o número de variáveis estudadas (no caso, o número de itens da escala) e que a análise deve realizada com pelo menos 100 observações (Artes e Barroso, 2002).

Em cada visita aos locais de pesquisa, foi obtida a relação de pacientes internados naquele momento e de seus respectivos diagnósticos de admissão. Todos os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia ou de outros transtornos psicóticos tiveram seus prontuários consultados em busca de dados que confirmassem o diagnóstico. Nos casos em que esta confirmação ocorreu, os pacientes foram convidados a participar da pesquisa e solicitados a ler (ou ouvir a leitura de) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assiná-lo, caso estivessem de acordo.

Foram convidados a participar do estudo com a versão brasileira final do SAI-E, 121 pacientes, dos quais 11 não concordaram em responder à entrevista ou quiseram abandoná-la durante seu andamento, e um (1) foi excluído da pesquisa por não ter o diagnóstico de transtorno psicótico confirmado. Para fins descritivos, solicitamos aos pacientes que não quiseram responder à entrevista ou que a interromperam, autorização para registramos dados básicos obtidos a partir do prontuário, os quais estão apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1-** Características sócio-demográficas, clínicas e relativas ao tratamento dos pacientes que não concordaram em responder a entrevista ou quiseram interrompê-la

| <b>Variável</b>                                 | <b>Frequência % (n)</b> | <b>Média (DP)</b> | <b>Mín.- Máx.</b> |
|-------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Local de realização da entrevista</b>        |                         |                   |                   |
| Instituto Bairral                               | 63,6 (7)                |                   |                   |
| Sanatório Ismael                                | 36,4 (4)                |                   |                   |
| <b>Gênero</b>                                   |                         |                   |                   |
| Masculino                                       | 45,5 (5)                |                   |                   |
| Feminino                                        | 54,5 (6)                |                   |                   |
| <b>Idade, em anos</b>                           |                         | 35,9 (9,3)        | 24-54             |
| <b>Vínculos conjugais</b>                       |                         |                   |                   |
| Solteiros                                       | 80,0 (8)                |                   |                   |
| Casados/ amasiados                              | -                       |                   |                   |
| Separados/ viúvos                               | 20,0 (2)                |                   |                   |
| <b>Atividade econômica</b>                      |                         |                   |                   |
| Inativos                                        | 52,3 (57)               |                   |                   |
| Ativos                                          | 21,1 (23)               |                   |                   |
| Aposentados                                     | 26,6 (29)               |                   |                   |
| <b>Tempo de internação atual, em dias</b>       |                         | 41,1 (54,5)       | 9-200             |
| <b>Diagnóstico de admissão</b>                  |                         |                   |                   |
| Esquizofrenia                                   | 70,0 (7)                |                   |                   |
| Transtorno esquizoafetivo                       | -                       |                   |                   |
| Outros transtornos psicóticos                   | 30,0 (3)                |                   |                   |
| <b>Número de internações, Incluindo a atual</b> |                         | 7,3 (8,5)         | 1-26              |

*N total = 11; Mín. = Valor mínimo; Máx. = valor máximo; DP = Desvio Padrão*

Foram excluídos aqueles que: tinham menos que 18 ou mais que 65 anos de idade; apresentavam evidência de lesão cerebral ou de comprometimento cognitivo severo; apresentavam dificuldades de comunicação que impediriam o desenvolvimento da entrevista.

#### 4.2.4- Procedimentos

Os pacientes que aceitaram participar da pesquisa foram submetidos a uma entrevista para a coleta de dados sócio-demográficos e clínicos (Apêndice 2): idade, gênero, situação quanto a vínculos conjugais, escolaridade, situação quanto ao trabalho, classe social, denominação religiosa, grau de religiosidade (declarado), idade ao início dos sintomas, tempo de doença mental, ocorrência e número de internações psiquiátricas, ocorrência de internações involuntárias, antecedentes familiares de quadros psicóticos, uso de psicofármacos, experiência com psicoterapia, ocorrência e número de tentativas de suicídio. O prontuário de cada paciente também foi consultado para completar informações ou confirmar dados.

Seguiam-se:

1) A utilização do Mini International Neuropsychiatric Interview Plus (M.I.N.I. Plus) – versão brasileira (Amorin, 2000)(Anexo 3) para confirmação do diagnóstico e identificação de transtornos mentais co-mórbidos. Foram excluídos do estudo pacientes que não atendessem aos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – Texto Revisado (DSM-IV-TR) (APA, 2000) para um dos seguintes transtornos (os números entre parênteses correspondem aos códigos): esquizofrenia (295.30, 295.10, 295.20, 295.90, 295.60), transtorno esquizofreniforme (295.40), transtorno esquizoafetivo (295.70), transtorno delirante (295.1) e transtorno psicótico breve (298.8).

2) A aplicação da Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica - BPRS (Bech et al., 1986; Zuardi et al, 1994) (Anexo 5) com o auxílio da Entrevista Clínica Estruturada para Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica (SIG-BPRS) (Crippa et al., 2000) (Anexo 4), para quantificação de variáveis psicopatológicas.

### 3) A aplicação da versão brasileira do SAI-E.

Os procedimentos de seleção e entrevista de pacientes repetiram-se até que o número de entrevistas completas alcançasse o tamanho amostral mínimo estabelecido. Todas as entrevistas foram realizadas entre agosto de 2005 e fevereiro de 2006.

Os 60 primeiros pacientes a completarem a entrevista tiveram o momento correspondente à aplicação do SAI-E registrado com gravador, em microfita. Os registros da aplicação do SAI-E foram identificados pelo nome do paciente e pela data de realização da entrevista e entregues ao Avaliador 2 para julgamento e atribuição de escores, em dezembro de 2005 e janeiro de 2006.

Os pacientes que tiveram o momento de aplicação do SAI-E gravado foram comparados aos que não tiveram, quanto ao escore total obtido no instrumento, para controlar a possível influência do uso do gravador sobre a entrevista.

### **4.3- Análise fatorial**

A análise fatorial corresponde a um conjunto de técnicas estatísticas que permitem a identificação de um número reduzido de fatores - ou seja, variáveis latentes, não diretamente observáveis - que expliquem a maior parte da variância encontrada em um conjunto maior de variáveis observadas, no caso os escores para cada item da versão brasileira do SAI-E.

Os fatores são obtidos a partir do padrão de correlações entre as variáveis originais (itens que compõem o instrumento). Pode-se identificar a importância de cada uma das variáveis iniciais na composição dos diferentes fatores por meio das cargas fatoriais, que são parâmetros que expressam as covariâncias entre cada variável original e cada fator. A composição dos fatores de uma solução fatorial é passível de interpretação conceitual, como na análise

fatorial da versão original do SAI-E, em que a composição dos três fatores encontrados sugere que cada um deles representa uma das três dimensões do insight postuladas pelos autores da escala (David et al.,2003).

Alem das cargas fatoriais, as principais informações fornecidas por uma análise fatorial são: a porcentagem da variabilidade total dos dados originais explicada pela solução fatorial (o modelo fatorial ou o conjunto dos fatores) e por cada fator isoladamente, e as comunalidades, que são índices que expressam, também em termos percentuais, quanto da variabilidade de cada variável é explicada pela solução fatorial encontrada (Artes e Barroso, 2002).

Realizamos a análise fatorial dos itens do SAI-E e, uma vez identificados os fatores, calculamos para cada paciente os escores fatoriais, que foram utilizados juntamente com o escore total do SAI-E nas análises subseqüentes.

#### **4.4- Estudo transversal de associação entre insight e variáveis sócio-demográficas, clínicas e relativas ao tratamento**

Considerando o tamanho amostral estabelecido previamente, limitamos o número de variáveis incluídas no estudo de associação com insight para que a qualidade das análises estatísticas fosse mantida. Para as variáveis categóricas, os pacientes foram agrupados de modo a obtermos uma melhor distribuição pelas categorias. Foram estudados:

- Gênero e idade.
- História de vínculos conjugais, com as categorias: “casado(a)/amasiado(a)”, “nunca se casou/amasiou” e “separado(a)/viúvo(a)”.
- Anos de escolaridade completados com sucesso pelo paciente.

- Classe social dada pelo índice de dois fatores de Hollingshead <sup>5</sup>: “alta”, “média alta”, “média”, “média baixa” e “baixa”.
- Filiação religiosa, com as categorias: “católica”, “evangélica/protestante”, “outra” e “não tem filiação”.
- Prática religiosa atual declarada: “sim” ou “não”.
- Religiosidade declarada, com as categorias: “não se considera religioso(a)”, “pouco religioso(a)”, “moderadamente religioso(a)” e “muito religioso(a)”.
- Caráter da internação atual quanto à voluntariedade, com as categorias: “voluntária e espontânea”, para quando o paciente buscou a internação, considerando-a necessária; “voluntária, não espontânea”, para quando o paciente aceitou a internação embora pessoalmente não a considerasse necessária; e “involuntária/ compulsória”.
- Ocorrência de contenção física na vida: “sim” ou “não”.
- Tempo de doença mental, em anos.
- Antipsicótico(s) em uso, com as categorias: “primeira geração”; “segunda geração/clozapina”; e “associação”, correspondendo a quaisquer associações de antipsicóticos de primeira e segunda gerações.
- Experiência de psicoterapia: “sim” — para pacientes que já foram atendidos, individualmente ou em grupo, em pelo menos quatro sessões, desde que realizadas a intervalos regulares e em contexto ambulatorial; ou “não”.
- Risco atual de suicídio, avaliado com a utilização do item correspondente do M.I.N.I. Plus: “ausente”, “baixo”, “moderado” e “alto”.

---

<sup>5</sup> Hollingshead AB, Redlich FC. Social class and mental illness. New York: Wiley and Sons, 1964. 442 p. *apud* Witt A. Saúde pública e o problema da classificação social. Rev Saúde Publ 1967; 1(2): 172-6.

- Número de tentativas de suicídio.
- Quadro psicótico diagnosticado, com as categorias: “esquizofrenia”, “transtorno esquizoafetivo” e “outra psicose”.
- Presença de episódio depressivo maior (EDM) atual ou de antecedente de EDM, avaliada com o uso do M.I.N.I. Plus: “sim” ou “não”.
- Escore total no BPRS.

Todas as variáveis acima foram estudadas em relação ao escore total no SAI-E e ainda em relação aos escores fatoriais gerados a partir da análise fatorial das medidas obtidas com a escala.

#### **4.5- Análises estatísticas**

As análises estatísticas foram realizadas com o apoio técnico da equipe de Bioestatística da Câmara de Pesquisa da FCM – UNICAMP. Foram utilizados os programas *Scientific Package for Social Sciences* (SPSS) versão 11 e *Statistical Analysis System for Windows* (SAS), versão 08.2.

Na análise da confiabilidade entre avaliadores foi utilizado o coeficiente de correlação intraclasse (ICC), com modelo *Two-way Random Effect* e definição de concordância absoluta, para os itens que fornecem medidas contínuas, ou seja, itens 7 e 8 — que avaliam respectivamente o reconhecimento dos sintomas mentais e a atribuição dos sintomas a um transtorno mental — e para o escore total do SAI-E, também variável contínua. Foram consideradas nas análises as medidas individuais dadas por cada avaliador. Para os valores de ICC obtidos, foi testada a hipótese nula de que o parâmetro estimado para a variável independente é igual a zero versus a hipótese alternativa de que o parâmetro é diferente de zero.

Para os demais itens do SAI-E, que fornecem medidas ordinais, foi utilizado o *kappa ponderado*.

Para a análise fatorial, o método de obtenção dos fatores (método de extração) adotado foi a Análise de Componentes Principais, o qual não exige que as respostas para cada item da escala estudada obedeçam a uma distribuição normal. Para determinação do número de fatores adotamos o critério de Kaiser, com isso excluímos fatores com autovalores menores que 1 e que, portanto, explicavam uma porcentagem da variabilidade dos dados menor que aquela explicada por um item isolado da escala.

Dado que para um mesmo conjunto de variáveis é possível encontrar um número infinito de soluções fatoriais que podem explicar o comportamento dos dados, adotamos o método de rotação VARIMAX para obtenção de fatores com maior potencial de interpretação. O método VARIMAX pertence à classe de métodos de rotação Ortogonais, cuja característica básica é gerar fatores não correlacionados entre si (Artes e Barroso, 2002).

Na descrição da composição dos fatores, estabelecemos como critério que itens com carga fatorial acima de 0,40 seriam considerados determinantes na composição de um dado fator. Para a obtenção dos escores fatoriais, utilizamos o Método da Regressão.

Para o estudo de associação entre insight e variáveis sócio-demográficas, clínicas e relativas ao tratamento, utilizamos a análise de regressão linear. Tal procedimento estatístico fornece os parâmetros da equação matemática da reta que melhor representa a relação entre uma variável dependente e uma ou múltiplas variáveis independentes (respectivamente: regressão linear univariada ou simples e regressão linear multivariada ou múltipla): o intercepto, que corresponde ao valor estimado da variável dependente no caso em que o valor da variável independente é igual a zero; e o parâmetro estimado para a variável independente (ou para cada uma das variáveis independentes em uma análise multivariada), que corresponde à inclinação da reta. Também é obtido

o coeficiente de determinação, que corresponde à proporção da variabilidade dos dados explicada pelo modelo e é representado por  $R^2$ .

A análise de regressão linear testa a hipótese nula de que o parâmetro estimado para a variável independente é igual a zero versus a hipótese alternativa de que o parâmetro é diferente de zero. Se o valor de  $p$  para o teste é menor que 0,05 (ao nível de significância de 5%) a hipótese nula é rejeitada e se conclui que existe uma associação significativa entre as variáveis dependente e independente(s).

Realizamos análises separadas tendo como variável dependente o escore total no SAI-E e cada um dos escores fatoriais. Para cada variável dependente, inicialmente foi realizada a análise de regressão linear univariada e em seguida, adotando o critério *Stepwise* de seleção de variáveis, a análise multivariada.

Devido a restrições impostas pelo tamanho amostral, apenas o escore total do BPRS — e não escores para cada item dessa escala — foi incluído entre as variáveis independentes estudadas nas análises de regressão linear. Para investigarmos as correlações entre insight, tal como avaliado pelo SAI-E, e sintomas psicopatológicos (avaliados pelos itens do BPRS) utilizamos o coeficiente de correlação de Spearman ( $\rho$  de Spearman) bicaudado. Tal teste foi escolhido por ser adequado à análise de variáveis ordinais, por não pressupor que as variáveis estudadas obedeçam a uma distribuição normal e por permitir a identificação de correlações ainda que não-lineares.

O teste não-paramétrico de Mann-Whitney foi adotado na comparação entre pacientes que tiveram e pacientes que não tiveram a aplicação do SAI-E gravada, em relação ao escore total obtido.

Para todas as análises foi considerado o nível de significância estatística de 5% (valor de  $p < 0,05$ ).

## ***5- RESULTADOS***

## 5.1- Tradução e adaptação transcultural do SAI-E

A versão brasileira do SAI-E (Apêndice 3) alcançou boa equivalência semântica em relação ao instrumento original. A retrotradução final e a versão original do SAI-E podem ser comparadas<sup>6</sup> consultando-se respectivamente os Anexos 6 e 1 .

Alguns aspectos lingüísticos da adaptação do SAI-E para o português merecem comentários. Os itens 2 e 8 da versão em inglês contêm a expressão “*nervous condition*” que na cultura original está próxima do reconhecimento de se ter um “problema médico”, idéia que em português não é satisfatoriamente representada pelas expressões “nervosismo”, ou “problema de nervos”. Por outro lado “condição nervosa”, que seria a tradução literal, não é uma expressão usual em nossa língua. Optamos por deixar o termo “nervosismo”, fazendo uma observação sobre o sentido da expressão original.

No item 8, optamos por traduzir o termo “*illness*” por “doença” que na retrotradução apareceu como “*disease*”, mudança que chamou a atenção do autor principal do SAI-E. Entretanto, em português não dispomos de expressões que traduzam perfeitamente as diferenças entre “*illness*” – termo que expressa melhor a experiência subjetiva de mal-estar, sem que uma concepção médica de doença esteja necessariamente envolvida – e “*disease*”, que expressa melhor a noção de uma doença específica, mais próxima de uma concepção médica.

Na fase de na fase de pré-teste na população-alvo, o tempo médio de aplicação da escala foi de 20 minutos. Na avaliação geral dos 10 pacientes entrevistados não houve dificuldade em compreender as questões, ou constrangimento em respondê-las.

---

<sup>6</sup> A comparação entre a versão brasileira, a retrotradução e a versão original do SAI-E foi apresentada em pôster no XXIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 2005, em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

## **5.2- Descrição da amostra**

Entre os 109 pacientes que completaram o estudo observamos predominância de homens (63,3%), solteiros (65,1%), inativos economicamente (52,3%), de classe social baixa (52,3%) e católicos (57,0%). As características sócio-demográficas desses pacientes estão apresentadas na Tabela 2.

O diagnóstico predominante (confirmado com a utilização do M.I.N.I.-Plus) foi o de esquizofrenia (67,9%). Foram entrevistados desde pacientes em sua primeira internação psiquiátrica até aqueles com histórico de múltiplas internações. A duração da doença mental variou de 36 dias até 42 anos, com média de 16,7 anos, e o número médio de internações psiquiátricas foi 9,9. Os dados relativos à história psiquiátrica e ao tratamento dos pacientes que completaram o estudo estão apresentados na Tabela 3.

**Tabela 2-** Características sócio-demográficas dos pacientes que completaram o estudo

| Variável                                                         | Frequência % (n) | Mediana | Mín.- Máx. |
|------------------------------------------------------------------|------------------|---------|------------|
| <b>Local de realização da entrevista</b>                         |                  |         |            |
| Instituto Bairral                                                | 41,3 (45)        |         |            |
| Sanatório Ismael                                                 | 58,7 (64)        |         |            |
| <b>Gênero</b>                                                    |                  |         |            |
| Masculino                                                        | 63,3 (69)        |         |            |
| Feminino                                                         | 36,7 (40)        |         |            |
| <b>Idade, em anos</b>                                            |                  | 39,0    | 18-64      |
| <b>Vínculos conjugais</b>                                        |                  |         |            |
| Solteiros                                                        | 65,1 (71)        |         |            |
| Casados/amasiados                                                | 10,1 (11)        |         |            |
| Separados                                                        | 24,8 (27)        |         |            |
| Viúvos                                                           | -                |         |            |
| <b>Anos completos de escolaridade</b>                            |                  | 7,5     | 0-20       |
| <b>Atividade econômica</b>                                       |                  |         |            |
| Inativos                                                         | 52,3 (57)        |         |            |
| Ativos                                                           | 21,1 (23)        |         |            |
| Aposentados                                                      | 26,6 (29)        |         |            |
| <b>Posição social</b> (Índice de Posição Social de Hollingshead) |                  |         |            |
| Alta                                                             | -                |         |            |
| Média-alta                                                       | 5,5 (6)          |         |            |
| Média                                                            | 16,5 (18)        |         |            |
| Média-baixa                                                      | 25,7 (28)        |         |            |
| Baixa                                                            | 52,3 (57)        |         |            |
| <b>Religião</b>                                                  |                  |         |            |
| Católica                                                         | 57,0 (61)        |         |            |
| Evangélica                                                       | 26,2 (28)        |         |            |
| Outras                                                           | 6,5 (7)          |         |            |
| Sem religião                                                     | 10,3 (11)        |         |            |
| <b>Prática religiosa atual</b>                                   |                  |         |            |
| Sim                                                              | 57,3 (55)        |         |            |
| Não                                                              | 42,7 (41)        |         |            |
| <b>Religiosidade declarada</b>                                   |                  |         |            |
| Não se consideram religiosos                                     | 25,5 (27)        |         |            |
| Pouco religiosos                                                 | 19,8 (21)        |         |            |
| Moderadamente religiosos                                         | 35,8 (38)        |         |            |
| Muito religiosos                                                 | 18,9 (20)        |         |            |

*N total = 109; DP = Desvio Padrão; Mín. = valor mínimo; Máx. = valor máximo*

**Tabela 3-** Dados clínicos e relativos ao tratamento dos pacientes que completaram a entrevista

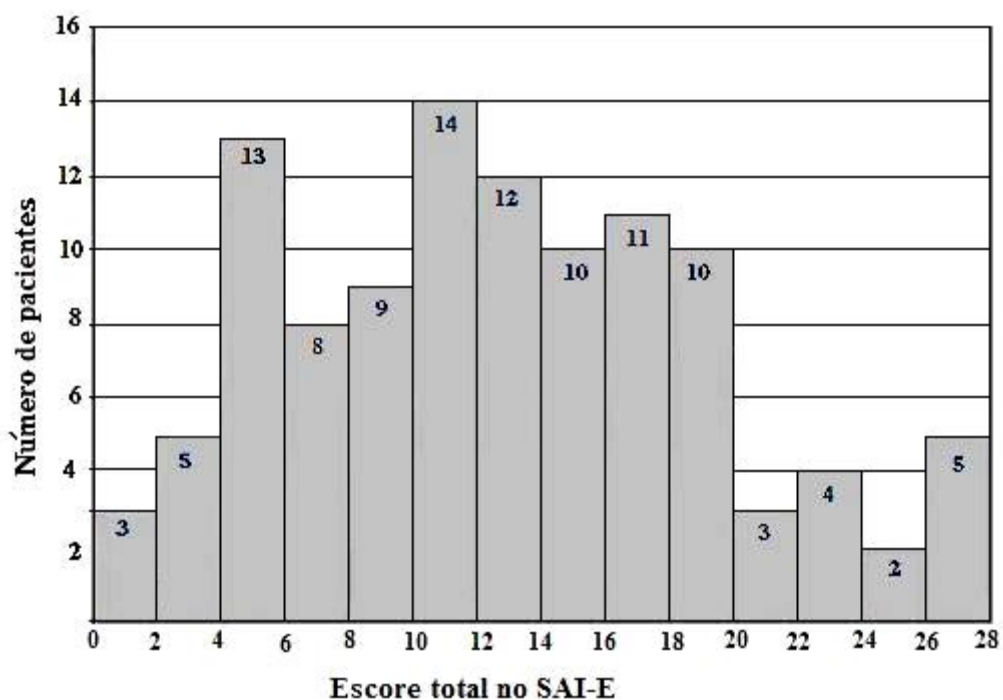
| Variável                                               | Frequência % (n) | Mediana | Mín.- Máx.  |
|--------------------------------------------------------|------------------|---------|-------------|
| <b>Idade de início dos sintomas</b> , em anos          |                  | 20,0    | 12 - 50     |
| <b>Tempo de doença mental</b> , em anos                |                  | 17,0    | 0,1 - 42,0  |
| <b>Caráter da internação atual</b>                     |                  |         |             |
| Voluntária e espontânea                                | 18,4 (20)        |         |             |
| Voluntária, mas não espontânea                         | 37,6 (41)        |         |             |
| Involuntária                                           | 44,0 (48)        |         |             |
| <b>Numero de internações</b> (incluindo a atual)       |                  | 6,5     | 1 - 68      |
| <b>Tempo de internação ao longo da vida</b> , em meses |                  | 13,0    | 0,3 - 204,0 |
| <b>Experiência de contenção física</b>                 |                  |         |             |
| Sim                                                    | 73,4 (81)        |         |             |
| Não                                                    | 23,6 (25)        |         |             |
| <b>Transtorno psicótico diagnosticado</b>              |                  |         |             |
| Esquizofrenia                                          | 67,9 (74)        |         |             |
| Transtorno esquizoafetivo                              | 21,1 (23)        |         |             |
| Outros transtornos psicóticos                          | 11,0 (12)        |         |             |
| <b>Escore total no BPRS</b>                            |                  | 15,0    | 0 - 29      |
| <b>Antipsicótico(s) em uso</b>                         |                  |         |             |
| Primeira geração                                       | 69,7 (76)        |         |             |
| Segunda geração/clozapina                              | 13,8 (15)        |         |             |
| Associação de gerações                                 | 16,5 (18)        |         |             |
| <b>Experiência de psicoterapia</b>                     |                  |         |             |
| Sim                                                    | 33,9 (37)        |         |             |
| Não                                                    | 66,0 (72)        |         |             |
| <b>Antecedente de TS</b>                               |                  |         |             |
| Sim                                                    | 42,2 (46)        |         |             |
| Não                                                    | 57,8 (63)        |         |             |
| <b>Número de TS</b> (n = 46)                           |                  | 3,0     | 1 - 10      |
| <b>Risco de suicídio atual</b>                         |                  |         |             |
| Ausente                                                | 43,1 (47)        |         |             |
| Baixo                                                  | 38,5 (42)        |         |             |
| Moderado/Alto                                          | 18,4 (20)        |         |             |
| <b>EDM atual ou prévio</b>                             |                  |         |             |
| Sim                                                    | 11,0 (12)        |         |             |
| Não                                                    | 89,0 (97)        |         |             |
| <b>Abuso/dependência de álcool</b> (atual ou prévio)   |                  |         |             |
| Sim                                                    | 7,3 (8)          |         |             |
| Não                                                    | 92,7 (101)       |         |             |
| <b>Abuso/dependência de SPA</b> (atual ou prévio)      |                  |         |             |
| Sim                                                    | 18,4 (20)        |         |             |
| Não                                                    | 81,6 (89)        |         |             |

*N total = 109; Mín. = valor mínimo; Máx. = valor máximo; DP = Desvio Padrão;*

*BPRS = Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica; TS = Tentativa de suicídio;*

*SPA = Substâncias psicoativas outras que não o álcool*

Os pacientes apresentaram escore total médio no SAI-E de 13,68 (desvio padrão = 6,66; mediana = moda = 13,33). O histograma dos escores totais obtidos pelos pacientes no SAI-E está apresentado no Gráfico 1.



**Gráfico 1-** Número de pacientes segundo o escore total obtido no SAI-E

Os pacientes que tiveram a parte da entrevista correspondente à aplicação do SAI-E gravada não apresentaram escores totais significativamente diferentes daqueles apresentados por pacientes que não tiveram a entrevista gravada (teste de Mann-Whitney,  $p = 0,280$ ).

A Tabela 4 apresenta as estatísticas descritivas dos escores obtidos em cada item do SAI-E.

**Tabela 4-** Descrição dos escores para os itens individuais do SAI-E e escore total

| Item                                                         | Escore       | Frequência %<br>(n) | Média (DP)   | Mín-Máx    |
|--------------------------------------------------------------|--------------|---------------------|--------------|------------|
| 1. Reconhecimento de mudanças emocionais/ psicológicas       | 0            | 14,7 (16)           |              |            |
|                                                              | 1            | 41,3 (45)           |              |            |
|                                                              | 2            | 44,0 (48)           |              |            |
| 2. Reconhecimento de ter “algo errado”, um problema, consigo | 0            | 13,8 (15)           |              |            |
|                                                              | 1            | 50,5 (55)           |              |            |
|                                                              | 2            | 35,8 (39)           |              |            |
| 3. Atribuição de seu problema a um TM                        | 0            | 35,8 (39)           |              |            |
|                                                              | 1            | 34,9 (38)           |              |            |
|                                                              | 2            | 29,4 (32)           |              |            |
| 4. Explicação do paciente para seu problema/TM               | 0            | 35,8 (39)           |              |            |
|                                                              | 1            | 46,8 (51)           |              |            |
|                                                              | 2            | 17,4 (19)           |              |            |
| 5. Reconhecimento de conseqüências do problema/TM            | 0            | 29,4 (32)           |              |            |
|                                                              | 1            | 22,9 (25)           |              |            |
|                                                              | 2            | 47,7 (52)           |              |            |
| 6. Reconhecimento da necessidade de tratamento               | 0            | 14,7 (16)           |              |            |
|                                                              | 1            | 33,9 (37)           |              |            |
|                                                              | 2            | 51,4 (56)           |              |            |
| 7. Reconhecimento de sintomas mentais                        | (0,0 a 4,0)  |                     | 1,43 (1,21)  | 0,0 - 4,0  |
| 8. Atribuição dos sintomas a um TM                           | (0,0 a 4,0)  |                     | 0,92 (1,21)  | 0,0 - 4,0  |
| 9. Item de contradição hipotética                            | 0            | 21,1 (23)           |              |            |
|                                                              | 1            | 35,8 (39)           |              |            |
|                                                              | 2            | 22,9 (25)           |              |            |
|                                                              | 3            | 11,0 (12)           |              |            |
|                                                              | 4            | 9,2 (10)            |              |            |
| 10. Aceitação do tratamento (incluindo aceitação passiva)    | 0            | 3,7 (4)             |              |            |
|                                                              | 1            | 22,0 (24)           |              |            |
|                                                              | 2            | 74,3 (81)           |              |            |
| 11. Solicitação espontânea de tratamento                     | 0            | 20,2 (22)           |              |            |
|                                                              | 1            | 30,3 (33)           |              |            |
|                                                              | 2            | 49,4 (54)           |              |            |
| <b>Escore total</b>                                          | (0,0 a 28,0) |                     | 13,68 (6,66) | 1,0 - 28,0 |

DP = Desvio Padrão; Mín. = valor mínimo observado; Máx. = valor máximo observado

TM = Transtorno mental

### 5.3- Confiabilidade entre avaliadores

Entre os nove itens para os quais o coeficiente de confiabilidade entre avaliadores adotado foi o kappa ponderado, quatro apresentaram valor de kappa entre 0,70 e 0,76 (itens 1, 3, 9 e 10), quatro apresentaram valor entre 0,62 e 0,67 (itens 2, 5, 6 e 11), e um (item 4) apresentou valor de kappa ponderado igual a 0,48.

Para os itens que fornecem medidas contínuas, os valores do coeficiente de correlação intraclasse (ICC) encontrados foram 0,66, para o item 7, e 0,78 para o item 8. Para o escore total do SAI-E, o valor de ICC foi 0,90. Os coeficientes de confiabilidade entre avaliadores para os itens e para o escore total do SAI-E estão listados na Tabela 5.

**Tabela 5-** Confiabilidade entre avaliadores para os itens e para o escore total do SAI-E

| Item                                                        | Coeficiente     | Valor  | IC (95%)    |
|-------------------------------------------------------------|-----------------|--------|-------------|
| 1. Reconhecimento de mudanças emocionais/psicológicas       | kappa ponderado | 0,70   | 0,55 – 0,86 |
| 2. Reconhecimento de ter “algo errado”, um problema consigo | kappa ponderado | 0,62   | 0,48 – 0,77 |
| 3. Atribuição de seu problema a um TM                       | kappa ponderado | 0,71   | 0,57 – 0,84 |
| 4. Explicação do paciente para seu problema/TM              | kappa ponderado | 0,48   | 0,28 – 0,67 |
| 5. Reconhecimento de consequências do problema/TM           | kappa ponderado | 0,66   | 0,50 – 0,82 |
| 6. Reconhecimento da necessidade de tratamento              | kappa ponderado | 0,66   | 0,48 – 0,83 |
| 7. Reconhecimento de sintomas mentais                       | ICC             | 0,66 * | 0,49 – 0,79 |
| 8. Atribuição dos sintomas a um TM                          | ICC             | 0,78 * | 0,63 – 0,87 |
| 9. Item de contradição hipotética                           | kappa ponderado | 0,72   | 0,57 – 0,85 |
| 10. Aceitação do tratamento                                 | kappa ponderado | 0,76   | 0,60 – 0,92 |
| 11. Solicitação espontânea de tratamento                    | kappa ponderado | 0,67   | 0,53 – 0,81 |
| <b>Escore total</b>                                         | ICC             | 0,90 * | 0,83 – 0,94 |

*TM = transtorno mental*

*ICC – Coeficiente de Correlação Intraclasse; IC – Intervalo de confiança (95%)*

*\*  $p < 0.001$ , rejeitando a hipótese nula de que  $ICC = 0$*

## 5.4- Análise fatorial

A análise fatorial gerou uma solução de três fatores que juntos explicam 71,72% da variância encontrada nos escores para os itens do SAI-E. As cargas fatoriais, que expressam a correlação entre cada fator e os itens originais da escala, estão apresentadas na Tabela 6.

**Tabela 6-** Análise fatorial da versão brasileira do SAI-E: cargas fatoriais

| Itens                                                        | Fator 1       | Fator 2       | Fator 3       |
|--------------------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| 1. Reconhecimento de mudanças emocionais/ psicológicas       | <b>0,86</b>   | 0,06          | 0,00          |
| 2. Reconhecimento de ter “algo errado”, um problema, consigo | <b>0,83</b>   | 0,23          | 0,10          |
| 3. Atribuição de seu problema a um transtorno mental         | <b>0,69</b>   | <b>0,42</b>   | 0,19          |
| 4. Explicação do paciente para seu problema/ TM              | <b>0,44</b>   | <b>0,61</b>   | 0,01          |
| 5. Reconhecimento de consequências do problema/ TM           | <b>0,70</b>   | 0,38          | 0,03          |
| 6. Reconhecimento da necessidade de tratamento               | <b>0,75</b>   | 0,28          | 0,28          |
| 7. Reconhecimento de sintomas mentais                        | 0,27          | <b>0,84</b>   | 0,18          |
| 8. Atribuição dos sintomas a um transtorno mental            | 0,25          | <b>0,83</b>   | 0,21          |
| 9. Item de contradição hipotética                            | 0,15          | <b>0,82</b>   | 0,12          |
| 10. Aceitação do tratamento (incluindo aceitação passiva)    | 0,08          | 0,09          | <b>0,84</b>   |
| 11. Solicitação espontânea de tratamento                     | 0,13          | 0,21          | <b>0,83</b>   |
| <i>Porcentagem da variância explicada pelo fator</i>         | <i>30,43%</i> | <i>26,75%</i> | <i>14,54%</i> |

*Porcentagem acumulada = 71,72%*

*TM = transtorno mental*

*Método de extração: Análise de Componentes Principais. Rotação: Varimax*

*Obs: As cargas fatoriais acima de 0,40 foram destacadas em negrito*

O fator 1 explica 30,43% da variância encontrada dos escores dos itens do SAI-E e foi composto pelos itens de 1 a 5, que avaliam a percepção da doença em geral, e no item 6 sobre a percepção da necessidade de tratamento (considerada distintamente da real adesão ao tratamento), com menor carga fatorial para o item 4, que avalia a explicação que o paciente oferece sobre sua condição/doença. O fator 2 explica 26,75% da variância e consistiu principalmente nos itens 7 e 8 (relativos ao reconhecimento de sintomas específicos à capacidade de atribuí-los a um transtorno mental) e no item de contradição hipotética (item 9), mas também nos itens 4 e 3, com menor carga fatorial para este último. O fator 3 explica 14,54% da variância e foi composto pelos dois itens que avaliam adesão ao tratamento, itens 10 e 11.

A Tabela 7 mostra as comunalidades da solução de três fatores para os itens do SAI-E. Oito dos 11 itens da escala têm mais de 70% de sua variabilidade explicada pelo modelo fatorial. Sendo o item 7 aquele cuja variabilidade é melhor explicada (80,7%) e o item 4, aquele cuja variabilidade é menos explicada (56,7%) pela solução de três fatores<sup>7</sup>.

**Tabela 7-** Comunalidades referentes à solução de três fatores do SAI-E

| Item                                                         | Comunalidade |
|--------------------------------------------------------------|--------------|
| 1. Reconhecimento de mudanças emocionais/ psicológicas       | 0,743        |
| 2. Reconhecimento de ter “algo errado”, um problema, consigo | 0,756        |
| 3. Atribuição de seu problema a um TM                        | 0,683        |
| 4. Explicação do paciente para seu problema/TM               | 0,567        |
| 5. Reconhecimento de conseqüências do problema/TM            | 0,638        |
| 6. Reconhecimento da necessidade de tratamento               | 0,718        |
| 7. Reconhecimento de sintomas mentais                        | 0,807        |
| 8. Atribuição dos sintomas a um TM                           | 0,801        |
| 9. Item de contradição hipotética                            | 0,717        |
| 10. Aceitação do tratamento (incluindo aceitação passiva)    | 0,713        |
| 11. Solicitação espontânea de tratamento                     | 0,747        |

<sup>7</sup> O estudo da consistência interna da versão brasileira do SAI-E foi realizado a *posteriori*, por sugestão da banca examinadora da defesa de mestrado. Os resultados correspondentes estão apresentados no Apêndice 6.

## 5.5- Análise de regressão linear

O estudo de associação entre insight e variáveis sócio-demográficas, clínicas e relativas ao tratamento foi realizado em caráter exploratório como parte da verificação da equivalência conceitual da versão brasileira do SAI-E. Os Apêndices 4 e 5 fornecem médias, medianas, desvios-padrão e valores mínimos e máximos do escore total e dos escores fatoriais do SAI-E segundo cada uma das variáveis estudadas na análise de regressão linear.

### 5.5.1- Escore total do SAI-E

Na análise de regressão linear univariada, estiveram significativamente associadas ao escore total do SAI-E as seguintes variáveis: “número de tentativas de suicídio”; “risco atual de suicídio” — com diferença significativa entre risco de suicídio moderado a alto versus baixo risco ou ausência de risco de suicídio detectado; “ocorrência atual ou prévia de episódio depressivo maior”; “experiência de atendimento em psicoterapia”; e “caráter da internação” — com diferença significativa não apenas entre internação involuntária e internação voluntária e espontânea, como também entre internações voluntária espontânea e voluntária mas não espontânea.

Embora tais associações tenham alcançado o nível de significância estatística, apenas uma pequena proporção da variabilidade do escore total do SAI-E pode ser explicada por cada uma dessas variáveis consideradas separadamente. O caráter da internação quanto à voluntariedade apresentou o maior coeficiente de determinação, mas explica apenas 15,3% da variabilidade do escore total do SAI-E. Os resultados da regressão linear univariada para o escore total do SAI-E estão apresentados na Tabela 8.

**Tabela 8-** Regressão linear univariada para o Escore Total do SAI-E

| Variável                                                       | Intercepto | Parâmetro estimado<br>(valor de <i>p</i> ) | R <sup>2</sup> |
|----------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------|----------------|
| Gênero (feminino vs masculino)                                 | 13,377     | 0,815 (0,541)                              | 0,004          |
| Idade                                                          | 14,656     | -0,026 (0,671)                             | 0,002          |
| Anos de escolaridade                                           | 12,860     | 0,105 (0,480)                              | 0,005          |
| Histórico de vínculos conjugais                                | 12,810     |                                            | 0,032          |
| Casados/separados vs solteiros                                 |            | 2,486 (0,063)                              |                |
| Posição social                                                 | 13,101     |                                            | 0,008          |
| Média baixa a média alta vs baixa                              |            | 1,207 (0,347)                              |                |
| Religião                                                       | 13,489     |                                            | 0,003          |
| Evangélica vs Católica                                         |            | 0,775 (0,614)                              |                |
| Sem religião vs Católica                                       |            | 0,208 (0,925)                              |                |
| Prática religiosa (sim vs não)                                 | 12,881     | 0,965 (0,488)                              | 0,005          |
| Religiosidade declarada                                        | 13,459     |                                            | 0,002          |
| Pouco religioso vs não se considera religioso                  |            | 0,863 (0,663)                              |                |
| Moderadamente religioso vs não se considera religioso          |            | 0,100 (0,953)                              |                |
| Muito religioso vs não se considera religioso                  |            | 0,208 (0,918)                              |                |
| Tempo de doença mental                                         | 14,089     | -0,024 (0,709)                             | 0,001          |
| <b>Número de tentativas de suicídio</b>                        | 12,366     | 1,125 ( <b>0,002</b> )                     | <b>0,090</b>   |
| <b>Risco atual de suicídio</b>                                 | 12,308     |                                            | <b>0,061</b>   |
| <b>Alto/moderado vs ausente</b>                                |            | 4,546 ( <b>0,010</b> )                     |                |
| Baixo vs ausente                                               |            | 1,386 (0,319)                              |                |
| <b>Experiência de atendimento em psicoterapia (sim vs não)</b> | 12,185     | 4,393 ( <b>0,001</b> )                     | <b>0,099</b>   |
| Ocorrência de contenção física (não vs sim)                    | 13,140     | 1,716 (0,261)                              | 0,012          |
| <b>Caráter da internação</b>                                   | 18,903     |                                            | <b>0,153</b>   |
| <b>VNE vs VE</b>                                               |            | -5,484 ( <b>0,002</b> )                    |                |
| <b>Involuntária vs VE</b>                                      |            | -7,184 ( <b>0,000</b> )                    |                |
| Quadro psicótico diagnosticado                                 | 13,823     |                                            | 0,009          |
| Transtorno esquizoafetivo vs esquizofrenia                     |            | 0,275 (0,864)                              |                |
| Outra psicose vs esquizofrenia                                 |            | -1,859 (0,374)                             |                |
| <b>EDM atual ou prévio (sim vs não)</b>                        | 12,985     | 6,278 ( <b>0,002</b> )                     | <b>0,088</b>   |
| BPRS (escore total)                                            | 16,355     | -0,190 (0,084)                             | 0,028          |
| Antipsicótico(s) em uso                                        | 13,499     |                                            | 0,001          |
| Primeira geração vs associação                                 |            | 0,147 (0,934)                              |                |
| Segunda geração/clozapina vs associação                        |            | 0,545 (0,817)                              |                |

vs = versus; R<sup>2</sup> = Coeficiente de determinação;

VNE = voluntária não espontânea; VE = voluntária espontânea; EDM = episódio depressivo maior

A Tabela 9 apresenta os resultados da análise de regressão linear multivariada para o escore total do SAI-E. O caráter voluntário e espontâneo da internação durante a qual ocorreu a entrevista esteve significativamente associado à presença de maior insight — tal como avaliado pela versão brasileira do SAI-E, bem como estiveram a experiência de ser atendido em psicoterapia e a ocorrência de episódio depressivo maior prévia ou concomitantemente à entrevista. O modelo multivariado encontrado explica 31,2% da variabilidade do escore total do SAI-E.

**Tabela 9-** Regressão linear multivariada para o Escore Total do SAI-E

| Intercepto<br>(valor de <i>p</i> ) | R <sup>2</sup> | Variáveis                                  | Parâmetro estimado<br>(valor de <i>p</i> ) |
|------------------------------------|----------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 16,193<br>(0,000)                  | 0,312          | Caráter da internação                      |                                            |
|                                    |                | VNE vs VE                                  | -5,224 (0,001)                             |
|                                    |                | Involuntária vs VE                         | -6,143 (0,000)                             |
|                                    |                | Experiência de atendimento em psicoterapia |                                            |
|                                    |                | (sim vs não)                               | 4,510 (0,000)                              |
|                                    |                | EDM atual ou prévio (sim vs não)           | 5,655 (0,002)                              |

*R*<sup>2</sup> = Coeficiente de determinação; vs = versus

VNE = voluntária não espontânea; VE = voluntária espontânea; EDM= episódio depressivo maior

### 5.5.2- Escore fatorial 1

Na análise de regressão linear univariada tendo o escore fatorial 1 como variável dependente — resultados apresentados na Tabela 10 — estiveram significativamente associados a maiores escores: maior número de tentativas de suicídio; risco atual de suicídio moderado a alto quando comparado a risco baixo ou ausente; e ter o paciente sido previamente atendido em psicoterapia.

**Tabela 10-** Regressão linear univariada para o Escore Fatorial 1

| Variável                                                       | Intercepto | Parâmetro estimado<br>(valor de <i>p</i> ) | R <sup>2</sup> |
|----------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------|----------------|
| Gênero (feminino vs masculino)                                 | -0,032     | 0,087 (0,663)                              | 0,002          |
| Idade                                                          | 0,287      | -0,008 (0,407)                             | 0,006          |
| Anos de escolaridade                                           | -0,103     | 0,013 (0,547)                              | 0,003          |
| Histórico de vínculos conjugais                                | -0,081     |                                            | 0,012          |
| Casados/separados vs solteiros                                 |            | 0,232 (0,249)                              |                |
| Posição social                                                 | -0,039     |                                            | 0,002          |
| Média baixa a média alta vs baixa                              |            | 0,081 (0,675)                              |                |
| Religião                                                       | -0,074     |                                            | 0,019          |
| Evangélica vs Católica                                         |            | 0,251 (0,257)                              |                |
| Sem religião vs Católica                                       |            | 0,316 (0,321)                              |                |
| Prática religiosa (sim vs não)                                 | -0,126     | 0,164 (0,439)                              | 0,006          |
| Religiosidade declarada                                        | 0,158      |                                            | 0,008          |
| Pouco religioso vs não se considera religioso                  |            | -0,239 (0,421)                             |                |
| Moderadamente religioso vs não se considera religioso          |            | -0,160 (0,532)                             |                |
| Muito religioso vs não se considera religioso                  |            | -0,214 (0,478)                             |                |
| Tempo de doença mental                                         | 0,062      | -0,004 (0,702)                             | 0,001          |
| <b>Número de tentativas de suicídio</b>                        | -0,144     | 0,123 ( <b>0,022</b> )                     | <b>0,048</b>   |
| <b>Risco atual de suicídio</b>                                 | -0,164     |                                            | <b>0,095</b>   |
| <b>Alto/moderado vs ausente</b>                                |            | 0,810 ( <b>0,002</b> )                     |                |
| Baixo vs ausente                                               |            | 0,040 (0,846)                              |                |
| Ocorrência de contenção física (não vs sim)                    | -0,063     | 0,149 (0,517)                              | 0,004          |
| Caráter da internação                                          | 0,258      |                                            | 0,052          |
| VNE vs VE                                                      |            | -0,085 (0,752)                             |                |
| Involuntária vs VE                                             |            | -0,512 (0,053)                             |                |
| <b>Experiência de atendimento em psicoterapia (sim vs não)</b> | -0,168     | 0,494 ( <b>0,014</b> )                     | <b>0,055</b>   |
| Quadro psicótico diagnosticado                                 | -0,021     |                                            | 0,032          |
| Transtorno esquizoafetivo vs esquizofrenia                     |            | 0,289 (0,225)                              |                |
| Outra psicose vs esquizofrenia                                 |            | -0,363 (0,243)                             |                |
| EDM atual ou prévio (sim vs não)                               | -0,052     | 0,4780 (0,119)                             | 0,023          |
| BPRS (escore total)                                            | 0,038      | -0,003 (0,871)                             | 0,001          |
| Antipsicótico(s) em uso                                        | -0,288     |                                            | 0,023          |
| Primeira geração vs associação                                 |            | 0,384 (0,145)                              |                |
| Segunda geração/clozapina vs associação                        |            | 0,145 (0,678)                              |                |

*vs = versus; R<sup>2</sup> = Coeficiente de determinação;*

*VNE = voluntária não espontânea; VE = voluntária espontânea; EDM= episódio depressivo maior*

No modelo de regressão linear multivariado, cujos resultados estão expostos na Tabela 11, “risco atual de suicídio” e “experiência de atendimento em psicoterapia” permaneceram como variáveis significativas na determinação do escore fatorial 1, ainda que o modelo explique apenas uma pequena porcentagem (13,9%) da variabilidade encontrada.

**Tabela 11-** Regressão linear multivariada para o Escore Fatorial 1

| Intercepto<br>(valor de <i>p</i> ) | R <sup>2</sup> | Variáveis                                                  | Parâmetro estimado<br>(valor de <i>p</i> ) |
|------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| -0,346 (0,031)                     | 0,139          | Risco atual de suicídio                                    |                                            |
|                                    |                | Alto/moderado vs ausente                                   | 0,789 (0,002)                              |
|                                    |                | Baixo vs ausente                                           | 0,125 (0,540)                              |
|                                    |                | Experiência de atendimento em psicoterapia<br>(sim vs não) | 0,450 (0,023)                              |

$R^2$  = Coeficiente de determinação; vs = versus

VNE = voluntária não espontânea; VE = voluntária espontânea

### 5.5.3- Escore fatorial 2

O escore fatorial 2 esteve significativamente associado, na análise de regressão linear univariada, a: “número de tentativas de suicídio”; “ocorrência atual ou prévia de episódio depressivo maior”; “experiência de atendimento em psicoterapia”; e “caráter da internação”. Dentre as variáveis citadas apenas “número de tentativas de suicídio” não se manteve relevante no modelo multivariado, o qual explicou 20,6% da variância encontrada para o escore fatorial 2. Os resultados das análises de regressão linear univariada e multivariada para o escore fatorial 2 estão apresentados respectivamente nas Tabelas 12 e 13.

**Tabela 12-** Regressão linear univariada para o Escore Fatorial 2

| Variável                                                           | Intercepto | Parâmetro estimado<br>(valor de <i>p</i> ) | R <sup>2</sup> |
|--------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------|----------------|
| Gênero (feminino vs masculino)                                     | 0,003      | -0,008 (0,967)                             | 0,000          |
| Idade                                                              | 0,215      | -0,006 (0,536)                             | 0,004          |
| Anos de escolaridade                                               | -0,089     | 0,011 (0,614)                              | 0,002          |
| Histórico de vínculos conjugais                                    | -0,076     |                                            | 0,011          |
| Casados/separados vs solteiros                                     |            | 0,219 (0,279)                              |                |
| Posição social                                                     | -0,046     |                                            | 0,003          |
| Média baixa a média alta vs baixa                                  |            | 0,096 (0,619)                              |                |
| Religião                                                           | 0,035      |                                            | 0,002          |
| Evangélica vs Católica                                             |            | -0,047 (0,839)                             |                |
| Sem religião vs Católica                                           |            | -0,131 (0,695)                             |                |
| Prática religiosa (sim vs não)                                     | -0,083     | 0,119 (0,565)                              | 0,004          |
| Religiosidade declarada                                            | -0,101     |                                            | 0,005          |
| Pouco religioso vs não se considera religioso                      |            | 0,114 (0,700)                              |                |
| Moderadamente religioso vs<br>não se considera religioso           |            | 0,184 (0,474)                              |                |
| Muito religioso vs não se considera religioso                      |            | 0,107 (0,722)                              |                |
| Tempo de doença mental                                             | 0,113      | -0,007 (0,486)                             | 0,005          |
| <b>Número de tentativas de suicídio</b>                            | -0,129     | 0,111 ( <b>0,040</b> )                     | <b>0,039</b>   |
| Risco atual de suicídio                                            | -0,079     |                                            | 0,005          |
| Alto/moderado vs ausente                                           |            | 0,126 (0,639)                              |                |
| Baixo vs ausente                                                   |            | 0,146 (0,496)                              |                |
| <b>Experiência de atendimento<br/>em psicoterapia (sim vs não)</b> | -0,151     | 0,445 ( <b>0,027</b> )                     | <b>0,045</b>   |
| Ocorrência de contenção física (não vs sim)                        | -0,014     | 0,095 (0,677)                              | 0,002          |
| <b>Caráter da internação</b>                                       | 0,747      |                                            | <b>0,127</b>   |
| <b>VNE vs VE</b>                                                   |            | -0,939 ( <b>0,000</b> )                    |                |
| <b>Involuntária vs VE</b>                                          |            | -0,894 ( <b>0,001</b> )                    |                |
| Quadro psicótico diagnosticado                                     | 0,090      |                                            | 0,018          |
| Transtorno esquizoafetivo vs esquizofrenia                         |            | -0,255 (0,288)                             |                |
| Outra psicose vs esquizofrenia                                     |            | -0,333 (0,288)                             |                |
| <b>EDM atual ou prévio (sim vs não)</b>                            | -0,075     | 0,684 ( <b>0,025</b> )                     | <b>0,047</b>   |
| BPRS (escore total)                                                | 0,425      | -0,030 (0,067)                             | 0,031          |
| Antipsicótico(s) em uso                                            | 0,136      |                                            | 0,009          |
| Primeira geração vs associação                                     |            | -0,197 (0,457)                             |                |
| Segunda geração/clozapina vs associação                            |            | 0,010 (0,978)                              |                |

vs = versus; R<sup>2</sup> = Coeficiente de determinação;

VNE = voluntária não espontânea; VE = voluntária espontânea; EDM = episódio depressivo maior

**Tabela 13-** Regressão linear multivariada para o Escore Fatorial 2

| Intercepto<br>(valor de <i>p</i> ) | R <sup>2</sup> | Variáveis                                     | Parâmetro estimado<br>(valor de <i>p</i> ) |
|------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 0,459 (0,041)                      | 0,206          | Caráter da internação                         |                                            |
|                                    |                | VNE vs VE                                     | -0,911 (0,000)                             |
|                                    |                | Involuntária vs VE                            | -0,783 (0,002)                             |
|                                    |                | Experiência de atendimento<br>em psicoterapia |                                            |
|                                    |                | (sim vs não)                                  | 0,476 (0,012)                              |
|                                    |                | EDM atual ou prévio (sim vs<br>não)           | 0,606 (0,034)                              |

$R^2$  = Coeficiente de determinação; vs = versus

VNE = voluntária não espontânea; VE = voluntária espontânea

#### 5.5.4- Escore fatorial 3

Apenas “religiosidade declarada” esteve significativamente associada ao escore fatorial 3 na análise de regressão linear univariada. Pacientes que se consideravam pouco religiosos apresentaram valor de escore fatorial 3 significativamente maior quando comparados a pacientes que não se consideravam religiosos, embora não tenha sido encontrada diferença significativa entre pacientes que se consideravam moderadamente ou muito religiosos e pacientes que não se consideravam religiosos, quanto aos valores do escore fatorial 3. Os resultados da análise de regressão linear univariada estão expostos na Tabela 14.

No modelo multivariado, cujos resultados estão expostos na Tabela 15, ter apresentado ou apresentar um episódio depressivo maior, juntamente com declarar-se pouco religioso(a) estiveram significativamente associados a maiores valores do escore fatorial 3, embora apenas 12,0% da variabilidade encontrada sejam explicados pelo modelo.

**Tabela 14-** Regressão linear univariada para o Escore Fatorial 3

| Variável                                                   | Intercepto    | Parâmetro estimado<br>(valor de <i>p</i> ) | R <sup>2</sup> |
|------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------|----------------|
| Gênero (feminino vs masculino)                             | -0,097        | 0,264 (0,185)                              | 0,016          |
| Idade                                                      | -0,589        | 0,016 (0,087)                              | 0,027          |
| Anos de escolaridade                                       | 0,039         | -0,005 (0,816)                             | 0,001          |
| Histórico de vínculos conjugais                            | -0,076        |                                            | 0,011          |
| Casados/separados vs solteiros                             |               | 0,217 (0,282)                              |                |
| Posição social                                             | -0,087        |                                            | 0,008          |
| Média baixa a média alta vs baixa                          |               | 0,183 (0,342)                              |                |
| Religião                                                   | -0,010        |                                            | 0,005          |
| Evangélica vs Católica                                     |               | -0,043 (0,854)                             |                |
| Sem religião vs Católica                                   |               | -0,231 (0,494)                             |                |
| Prática religiosa (sim vs não)                             | 0,051         | -0,118 (0,570)                             | 0,003          |
| <b>Religiosidade declarada</b>                             | <b>-0,218</b> |                                            | <b>0,069</b>   |
| <b>Pouco religioso vs<br/>não se considera religioso</b>   |               | <b>0,651 (0,025)</b>                       |                |
| Moderadamente religioso vs<br>não se considera religioso   |               | -0,001 (0,996)                             |                |
| Muito religioso vs não se considera religioso              |               | 0,332 (0,253)                              |                |
| Tempo de doença mental                                     | -0,199        | 0,012 (0,220)                              | 0,014          |
| Número de tentativas de suicídio                           | -0,044        | 0,038 (0,485)                              | 0,005          |
| Risco atual de suicídio                                    | -0,154        |                                            | 0,018          |
| Alto/moderado vs ausente                                   |               | 0,260 (0,334)                              |                |
| Baixo vs ausente                                           |               | 0,275 (0,198)                              |                |
| Experiência de atendimento<br>em psicoterapia (sim vs não) | -0,040        | 0,117 (0,566)                              | 0,003          |
| Ocorrência de contenção física (não vs sim)                | -0,094        | 0,295 (0,200)                              | 0,016          |
| Caráter da internação                                      | 0,295         |                                            |                |
| VNE vs VE                                                  |               | -0,3444 (0,209)                            |                |
| Involuntária vs VE                                         |               | -0,3762 (0,160)                            |                |
| Quadro psicótico diagnosticado                             | -0,090        |                                            | 0,029          |
| Transtorno esquizoafetivo vs esquizofrenia                 |               | 0,1390 (0,559)                             |                |
| Outra psicose vs esquizofrenia                             |               | 0,5466, (0,080)                            |                |
| EDM atual ou prévio (sim vs não)                           | -0,056        | 0,5055 (0,099)                             | 0,025          |
| BPRS (escore total)                                        | 0,287         | -0,0204 (0,218)                            | 0,014          |
| Antipsicótico(s) em uso                                    | 0,127         |                                            | 0,005          |
| Primeira geração vs associação                             |               | -0,1744 (0,510)                            |                |
| Segunda geração/clozapina vs associação                    |               | -0,0377 (0,915)                            |                |

vs = versus; R<sup>2</sup> = Coeficiente de determinação;

VNE = voluntária não espontânea; VE = voluntária espontânea; EDM= episódio depressivo maior

**Tabela 15- Regressão linear multivariada para o Escore Fatorial 3**

| Intercepto<br>(valor de <i>p</i> ) | R <sup>2</sup> | Variáveis                                             | Parâmetro estimado<br>(valor de <i>p</i> ) |
|------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| -0,354 (0,069)                     | 0,120          | Religiosidade declarada                               |                                            |
|                                    |                | Pouco religioso vs não se considera religioso         | 0,752 (0,009)                              |
|                                    |                | Moderadamente religioso vs não se considera religioso | 0,019 (0,938)                              |
|                                    |                | Muito religioso vs não se considera religioso         | 0,468 (0,107)                              |
|                                    |                | EDM atual ou prévio (sim vs não)                      | 0,732 (0,017)                              |

*R*<sup>2</sup> = Coeficiente de determinação; vs = versus

EDM = episódio depressivo maior

A Tabela 16 permite uma comparação mais direta entre os resultados das análises de regressão linear multivariadas para os escores fatoriais e escore total do SAI-E. As variáveis “religiosidade declarada” e “risco atual de suicídio” estiveram significativamente associadas aos escores fatoriais 1 e 3, respectivamente, mas não apresentaram significância estatística no modelo de regressão para o escore total do SAI-E.

**Tabela 16- Síntese das análises de regressão linear multivariadas para os escores fatoriais e escore total do SAI-E**

| Variáveis independentes                                      | Variável dependente |                   |                   |              |
|--------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------|-------------------|--------------|
|                                                              | Escore fatorial 1   | Escore fatorial 2 | Escore fatorial 3 | Escore total |
| • Religiosidade declarada (pouco religioso vs não religioso) |                     |                   | +                 |              |
| • Caráter da internação (VNE vs VE; involuntária vs VE)      |                     | +                 |                   | +            |
| • Experiência de atendimento em psicoterapia (sim vs não)    | +                   | +                 |                   | +            |
| • Risco atual de suicídio (alto/moderado vs ausente)         | +                   |                   |                   |              |
| • EDM atual ou prévio (sim vs não)                           |                     | +                 | +                 | +            |
| <b>Coeficiente de determinação (R<sup>2</sup>)</b>           | 0,139               | 0,206             | 0,120             | 0,312        |

+ Variável incluída no modelo de regressão linear multivariada

vs = versus; VNE = voluntária não espontânea; VE = voluntária espontânea;

EDM= episódio depressivo maior

O mesmo conjunto de variáveis compôs os modelos de regressão linear multivariada para o escore fatorial 2 e para o escore total do SAI-E: “caráter da internação quanto à voluntariedade”, “experiência de atendimento em psicoterapia” e “ocorrência atual ou prévia episódio depressivo maior”. As duas últimas variáveis estiveram também associadas aos escores fatoriais 1 e 3, respectivamente.

### **5.6- Correlação entre os escores fatoriais e total do SAI-E e variáveis psicopatológicas**

Não foram encontradas associações significativas entre escore total do BPRS e escores fatoriais e total do SAI-E, mas considerando-se separadamente cada item do BPRS, encontramos uma correlação positiva entre insight (dado pelo escore total do SAI-E) e: preocupações somáticas, autodepreciação e sentimentos de culpa, ansiedade somática, e humor deprimido, ou seja, quanto mais intensos esses sintomas, maior o insight. Por outro lado, desorganização conceitual, hostilidade, falta de cooperação e agitação psicomotora estiveram negativamente correlacionadas com insight, isto é, quanto mais intensas essas manifestações psicopatológicas, menos insight global o paciente apresentava.

A Tabela 17 apresenta as correlações entre sintomas psicopatológicos avaliados pelos itens do BPRS e insight, tal como avaliado pelo SAI-E.

**Tabela 17-** Correlação entre os itens do BRPS e os escores fatoriais e total do SAI-E

| Item do BPRS                                     | Escore Fatorial 1     | Escore Fatorial 2     | Escore Fatorial 3     | Escore Total          |
|--------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>1. Preocupações somáticas</b>                 |                       |                       |                       |                       |
| <i>Rho (p)</i>                                   | <b>0,209 ( 0,029)</b> | 0,055 (0,569)         | 0,058 (0,552)         | <b>0,225 ( 0,019)</b> |
| <b>2. Ansiedade psíquica</b>                     |                       |                       |                       |                       |
| <i>Rho (p)</i>                                   | 0,083 (0,391)         | -0,011 (0,912)        | 0,113 (0,243)         | 0,079 (0,415)         |
| <b>3. Retraimento emocional</b>                  |                       |                       |                       |                       |
| <i>Rho (p)</i>                                   | -0,170 (0,077)        | -0,058 (0,551)        | -0,146 (0,131)        | -0,177 (0,066)        |
| <b>4. Desorganização conceitual</b>              |                       |                       |                       |                       |
| <i>Rho (p)</i>                                   | <b>-0,205 (0,033)</b> | <b>-0,327 (0,001)</b> | 0,006 (0,950)         | <b>-0,370 (0,000)</b> |
| <b>5. Autodepreciação e sentimentos de culpa</b> |                       |                       |                       |                       |
| <i>Rho (p)</i>                                   | <b>0,226 (0,018)</b>  | 0,105 (0,277)         | 0,051 (0,559)         | <b>0,252 (0,008)</b>  |
| <b>6. Ansiedade somática</b>                     |                       |                       |                       |                       |
| <i>Rho (p)</i>                                   | <b>0,205 (0,032)</b>  | 0,053 (0,588)         | <b>0,202 (0,035)</b>  | <b>0,266 (0,005)</b>  |
| <b>7. Distúrbios motores específicos</b>         |                       |                       |                       |                       |
| <i>Rho (p)</i>                                   | 0,080 (0,407)         | -0,021 (0,827)        | 0, (0,)               | 0,057 (0,558)         |
| <b>8. Auto-estima exagerada</b>                  |                       |                       |                       |                       |
| <i>Rho (p)</i>                                   | -0,038 (0,692)        | <b>-0,217 (0,024)</b> | 0, (0,)               | -0,185 (0,054)        |
| <b>9. Humor deprimido</b>                        |                       |                       |                       |                       |
| <i>Rho (p)</i>                                   | <b>0,303 (0,001)</b>  | 0,064 (0,509)         | 0, (0,)               | <b>0,246 (0,010)</b>  |
| <b>10. Hostilidade</b>                           |                       |                       |                       |                       |
| <i>Rho (p)</i>                                   | <b>-0,308 (0,001)</b> | -0,085 (0,381)        | <b>-0,226 (0,018)</b> | <b>-0,382 (0,000)</b> |
| <b>11. Desconfiança</b>                          |                       |                       |                       |                       |
| <i>Rho (p)</i>                                   | -0,034 (0,723)        | -0,090 (0,345)        | -0,125 (0,197)        | -0,152 (0,115)        |
| <b>12. Alucinações</b>                           |                       |                       |                       |                       |
| <i>Rho (p)</i>                                   | -0,034 (0,723)        | -0,090 (0,354)        | -0,145 (0,134)        | 0,017 (0,115)         |
| <b>13. Retardo psicomotor</b>                    |                       |                       |                       |                       |
| <i>Rho (p)</i>                                   | 0,066 (0,493)         | <b>0,201 (0,036)</b>  | -0,149 (0,121)        | 0,176 (0,067)         |
| <b>14. Falta de cooperação</b>                   |                       |                       |                       |                       |
| <i>Rho (p)</i>                                   | -0,157 (0,104)        | <b>-0,231 (0,016)</b> | -0,152 (0,116)        | <b>-0,326 (0,001)</b> |
| <b>15. Conteúdo do pensamento incomum</b>        |                       |                       |                       |                       |
| <i>Rho (p)</i>                                   | 0,065 (0,499)         | <b>-0,208 (0,030)</b> | -0,021 (0,828)        | -0,138 (0,152)        |
| <b>16. Afeto embotado ou inapropriado</b>        |                       |                       |                       |                       |
| <i>Rho (p)</i>                                   | -0,138 (0,153)        | -0,041 (0,675)        | <b>-0,256 (0,007)</b> | -0,168 (0,081)        |
| <b>17. Agitação psicomotora</b>                  |                       |                       |                       |                       |
| <i>Rho (p)</i>                                   | -0,094 (0,332)        | -0,089 (0,375)        | -0,035 (0,717)        | <b>-0,210 (0,028)</b> |
| <b>18. Desorientação e confusão</b>              |                       |                       |                       |                       |
| <i>Rho (p)</i>                                   | -0,035 (0,720)        | -0,086 (0,375)        | 0,100 (0,301)         | -0,090 (0,352)        |

*Rho*= coeficiente de correlação de Spearman

Observamos que alguns sintomas não apresentaram correlação significativa com o escore total do SAI-E, mas estiveram correlacionados com o escore fatorial 2: auto-estima exagerada e conteúdo do pensamento incomum, estiveram negativamente correlacionados, enquanto que retardo psicomotor esteve positivamente correlacionado ao escore fatorial 2.

Com exceção de agitação psicomotora, as variáveis que estiveram correlacionadas ao escore total do SAI-E, também estiveram correlacionadas a um ou dois dos escores fatoriais do SAI-E.

## ***6- DISCUSSÃO***

## 6.1- Escores do SAI-E

A distribuição dos escores totais do SAI-E aproximou-se de uma curva normal, com grande variabilidade dos escores e maior frequência de valores intermediários. Bassitt (2004), utilizando a SUMD na investigação do insight em 50 pacientes esquizofrênicos em tratamento no ambulatório do Projeto Esquizofrenia (PROJESQ) do Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPQ-HCFMUSP), encontrou que 53% dos avaliados apresentaram insight parcial, 31% apresentaram insight muito bom ou mesmo insight completo, e 16% ausência de insight ou apenas insight ruim. Estudando 40 pacientes esquizofrênicos também tratados no ambulatório do PROJESQ, Gigante e Castel (2003) encontraram escore total médio no SAI de 8,75 (variação do escore: 0 - ausência de insight, a 14 - insight completo). Nossos achados referentes aos escores totais do SAI-E obtidos pelos pacientes estiveram próximos aos descritos na literatura para amostras brasileiras. Possivelmente o fato de havermos estudado uma amostra de pacientes internados explique termos encontrado insight levemente mais comprometido, uma vez que tem sido relatada uma melhora, ainda que moderada, no insight de pacientes psicóticos entre a admissão hospitalar e a alta (Marková e Berrios, 1992b; Kemp e Lambert, 1995; Weiler et al., 2000). O padrão de distribuição dos escores totais do SAI-E é consistente com a idéia de que o insight pode ser abordado como variável contínua.

Os escores atribuídos aos itens do SAI-E também apresentaram grande variabilidade, com exceção do item 10 — “aceitação do tratamento, incluindo aceitação passiva” — para o qual pouco atribuiu-se escore zero (3,7% dos escores atribuídos), sendo o escore máximo muito frequente (74,3%). Embora alguns estudos (Amador et al., 1994; Almeida et al., 1995; Bassitt, 2004) relatem achados de melhor insight em relação a aspectos ligados ao tratamento que em relação à noção geral do transtorno mental e dos sintomas, acreditamos que a alta frequência de escores máximos atribuídos ao item 10 seja em parte decorrente de termos estudado uma amostra de pacientes internados. Em ambiente hospitalar o controle da administração da medicação tende a ser mais rígido que em ambiente

doméstico — inclusive com a adoção eventual de medidas como inspeção para verificar se a medicação administrada foi de fato ingerida, e prescrição de medicações injetáveis em casos em que os pacientes se recusam a ingerir comprimidos — o que contribui para uma maior adesão ao tratamento, ainda que tal adesão venha a ser passiva. Corrobora essa hipótese, o fato de que os itens 6 e 11 — referentes ao reconhecimento da necessidade de tratamento e à solicitação espontânea de tratamento por parte do paciente, respectivamente — apresentaram variabilidade de escores semelhante aos demais itens do SAI-E.

Marková e Berrios (1995) propõem modelo teórico de construção do insight que pode nos ajudar a compreender o padrão encontrado para os escores dos itens do SAI-E. Em tal modelo, o insight é descrito como uma estrutura hierárquica, com níveis progressivos de complexidade. A percepção e articulação de mudanças na experiência subjetiva corresponderiam aos níveis mais elementares do insight, enquanto a expressão de crenças e atitudes mais elaboradas quanto a essas mudanças exigiriam graus variados de julgamento e corresponderiam a níveis mais complexos — e ao mesmo tempo menos específicos e menos estáveis — da construção do insight, nos quais fatores individuais como: inteligência geral, tendência à introspecção, experiências passadas e referências culturais, teriam importância crescente.

Depois do item 10, aqueles aos quais menos freqüentemente se atribuiu escore 0 foram o item 2 — “reconhecimento de ter algo errado consigo” — e em seguida o item 1 — “reconhecimento de mudanças emocionais ou psicológicas”. Ambos são questões que abordam o reconhecimento mais de geral de ter “um problema”, não exigindo que o paciente expresse julgamentos mais específicos acerca de tal “problema”. Assim, podemos considerar que os itens 1 e 2 avaliam os níveis primários de insight, se levarmos em consideração o modelo de Marková e Berrios (1995), e não é surpreendente que uma baixa porcentagem dos pacientes tenha obtido escore zero em tais itens e 85% deles tenham sido capazes de reconhecer, ainda que parcialmente, que algo de errado estava acontecendo consigo. Por outro lado, os itens 3 e 4, que solicitam do paciente uma correta atribuição de seu problema a um transtorno mental e a apresentação

de uma explicação etiológica razoável para tal transtorno e que, portanto, abordariam níveis mais complexos da estrutura do insight, foram aqueles aos quais mais freqüentemente se atribuiu escore zero. Do mesmo modo, os itens referentes à atribuição dos sintomas a um transtorno mental também tiveram predominantemente escores baixos.

## **6.2- Confiabilidade entre avaliadores**

Os coeficientes de confiabilidade entre avaliadores encontrados para os itens individuais do SAI-E podem ser considerados satisfatórios. O kappa ponderado assume valores de -1 a 1. Valores abaixo de 0,40 indicam fraca concordância entre avaliadores, valores entre 0,40 e 0,74 indicam concordância entre intermediária e boa e neste intervalo estão os coeficientes para os itens 1 a 6, 9 e 11. Valores iguais ou maiores que 0,75, como o encontrado para o item 10, indicam concordância excelente.

Quanto ao ICC, o valor máximo que assume é 1,0 no caso em que existe concordância perfeita nos escores atribuídos por cada avaliador para cada paciente (Bartko e Carpenter, 1976). Os valores de ICC para os itens 7 (0,66,  $p < 0,001$ ) e 8 (0,78,  $p < 0,001$ ) indicam boa concordância entre avaliadores, e o valor encontrado para o escore total do SAI-E (0,90,  $p < 0,001$ ) indica concordância excelente. Ainda não haviam sido publicados dados sobre a confiabilidade dos itens individuais e do escore total do SAI-E. No estudo de confiabilidade original do SAI (David et al., 1992), do qual o SAI-E é derivado, o ICC encontrado para o escore total foi 0,72. Infelizmente a versão de ICC utilizada naquele estudo não foi especificada <sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Existem várias versões de ICC que podem fornecer resultados bastante diferentes quando aplicadas aos mesmos dados (Shrout e Fleiss, 1979). Por exemplo, diferentes formas de ICC são utilizadas de acordo com o que se pretende avaliar: a consistência ou a concordância entre os escores atribuídos por diferentes avaliadores. Quando a questão a ser respondida é se os avaliadores são intercambiáveis, deve-se avaliar a concordância entre avaliadores, uma vez que é possível que um avaliador consistentemente atribua escores mais altos ou mais baixos que outro. Na maioria dos casos, a definição de concordância resulta em valores de ICC mais baixos que a definição de consistência. Da mesma forma a escolha das medidas individuais de cada avaliador, e não da média de medidas de diferentes avaliadores, como unidade de confiabilidade, resulta em valores de ICC mais baixos, mas é o que permite que os resultados sejam generalizados para avaliadores individuais.

É possível que o método adotado para o estudo da confiabilidade entre avaliadores, com o recurso da gravação da entrevista exclusivamente no momento de utilização do SAI-E, tenha contribuído para uma redução dos coeficientes de confiabilidade encontrados, uma vez que o Avaliador 2 não teve acesso aos dados da entrevista sócio-demográfica e clínica prévia à aplicação do SAI-E. Essa hipótese se aplica especialmente ao item 4, que avalia a explicação dada pelo paciente para o seu problema, levando em conta seu nível social, cultural e educacional. Para esse item o valor de kappa encontrado foi o mais baixo (0,48).

Vale lembrar que a confiabilidade não é uma característica intrínseca de um dado um instrumento de avaliação, mas sim, dependente dos entrevistadores/ avaliadores, de seu treinamento e competência no uso do instrumento (Bartko, 1991) e que para garantir a qualidade dos dados obtidos em estudos com mais de um entrevistador/avaliador a confiabilidade entre os avaliadores deve ser testada não apenas no início, mas também em diferentes momentos ao longo da pesquisa (Sanson-Fisher e Martin, 1981). Entretanto, pode-se supor que existam diferenças entre instrumentos quanto a características que favoreçam ou dificultem a obtenção de bons níveis de concordância entre avaliadores.

Tendo em conta os satisfatórios coeficientes de confiabilidade entre avaliadores obtidos para os itens do SAI-E e o excelente coeficiente obtido para o escore total mesmo em face de um treinamento intencionalmente restrito do segundo avaliador, podemos considerar que a versão brasileira do SAI-E é um instrumento que favorece a obtenção de uma boa concordância entre avaliadores, e sugerir que um treinamento mais amplo, com a realização de entrevistas conjuntas e reuniões ao longo do estudo para discussão de dúvidas na utilização do instrumento ou na atribuição dos escores, garantiria uma excelente confiabilidade entre avaliadores para estudos com múltiplos entrevistadores utilizando o SAI-E.

### 6.3- Análise fatorial

A análise fatorial da versão brasileira do SAI-E, tal como a análise fatorial da versão original do instrumento, resultou em três fatores que explicaram 71.72% da variância dos dados. As comunalidades<sup>9</sup> indicam que a solução fatorial teve um bom ajuste.

A composição dos fatores encontrados aproximou-se bastante daquela encontrada por David et al. (2003), embora algumas diferenças sejam identificáveis:

(a) Os itens de 1 a 5 — que abordam desde o reconhecimento pelo paciente de ter um problema genérico, passando pela capacidade de atribuir tal problema a uma doença, até o reconhecimento de que a doença em questão é um transtorno mental e causa impacto na vida do paciente — da mesma forma que na análise fatorial da versão original do SAI-E, estiveram agrupados em um dos fatores (Fator 1); mas no caso da versão brasileira do SAI-E, o item 6<sup>10</sup> também contribuiu de forma relevante para a composição de tal fator, enquanto o item 4<sup>11</sup> foi de menor relevância.

(b) Os dois itens que abordam o reconhecimento e a atribuição de sintomas a uma doença mental (itens 7 e 8) e o item de contradição hipotética, tal como no estudo de David et al. (2003) compuseram um dos fatores (Fator 2), mas diferentemente, os itens 3 e 4 também entraram na composição de tal fator, ainda que com cargas fatoriais (0,42 e 0,61, respectivamente) bem menores que aquelas dos itens 7 a 9 (todas acima de 0,80).

---

<sup>9</sup> Quanto mais próximas de 1 estiverem as comunalidades, melhor é o ajuste de uma solução fatorial, ou seja, melhor a solução descreve a estrutura subjacente às variáveis originais (Artes e Barroso, 2002).

<sup>10</sup> “Você acha que a sua... condição (use o termo do paciente) ou o problema que resulta dela requer tratamento?”.

<sup>11</sup> “Como você explica a sua condição/ transtorno/ doença ?”.

(c) O terceiro fator foi composto exclusivamente pelos itens 10 e 11 que abordam adesão ao tratamento. Ao contrário do verificado para a versão original do SAI-E, o item 6 não entrou na composição do Fator 3.

Apesar das pequenas diferenças na composição dos fatores que foram relatadas, podemos considerar que a estrutura fatorial encontrada para a versão brasileira do SAI-E manteve a correspondência com as dimensões do insight postuladas por David (1990): Fator 1 — reconhecimento de ter uma doença e de que essa doença é mental; Fator 2 — capacidade de renomear eventos mentais incomuns (por exemplo, alucinações) como patológicos; e Fator 3 — adesão ao tratamento. No estudo de David et al. (2003) o fator correspondente ao reconhecimento de sintomas foi aquele que explicou a porcentagem maior da variância dos escores (26,4%). Em nosso estudo, o fator que representa a mesma dimensão explicou uma porcentagem da variância (26,8%) muito semelhante, mas foi superado pelo fator que reflete o reconhecimento da doença, que explicou 30,4% da variabilidade dos dados (na análise fatorial da versão original do SAI-E o fator correspondente explicou 24,2% da variância). A dimensão de adesão ao tratamento, representada pelo Fator 3, explicou uma porcentagem similar da variabilidade dos escores do SAI-E em ambas as análises fatoriais, para a versão original e para a versão brasileira do instrumento (15,9% e 14,5%, respectivamente).

Os resultados de nosso estudo sugerem que, no contexto cultural brasileiro, a resposta do paciente ao item 6 — na medida em expressa sua concepção sobre seu problema ser ou não do tipo que necessita de tratamento — reflete melhor a dimensão de reconhecimento da doença que a de adesão ao tratamento. O item 4, por sua vez, esteve mais fortemente associado à renomeação de eventos mentais incomuns como patológicos, embora tal dimensão não seja abordada diretamente pelo item. Podemos supor que em nosso contexto cultural, ao solicitar do paciente uma explicação etiológica para sua doença, o item 4 reflete, tal como os demais itens que compõem o Fator 2, um nível mais complexo de insight (Marková e Berrios, 1995). O fato de que tais

itens foram aqueles para os quais mais freqüentemente foi atribuído escore zero e menos freqüentemente escore máximo dá apoio a essa hipótese.

A similaridade à versão original do SAI-E em termos de estrutura fatorial, com manutenção da correspondência entre os fatores encontrados e as dimensões teóricas do insight postuladas por David (1990), indica que a versão brasileira do SAI-E apresenta uma boa equivalência de construto em relação à versão original do instrumento.

#### **6.4- Associação entre insight e variáveis sócio-demográficas, clínicas e relativas ao tratamento**

Não encontramos associações significativas entre insight global, tal como avaliado pelo escore total do SAI-E, e variáveis sócio-demográficas como idade, gênero, anos de escolaridade e histórico de vínculos conjugais. Esses resultados estão de acordo com aqueles da maioria dos estudos publicados na literatura internacional (Cuesta e Peralta, 1994; David et al., 1995; Weiler et al., 2000; Lysaker et al., 2002b; Yen et al., 2002; Donohoe et al., 2004). No Brasil, Bassitt (2004) e Gigante (2003) encontraram resultados semelhantes, enquanto Fiss e Chaves (2002) encontraram melhor insight em pacientes com maior escolaridade. Posição social também não esteve associada a insight. Resultado semelhante já havia sido descrito por White et al. (2000), embora David et al. (1995) tenham encontrado maior insight em pacientes de classe social mais alta.

Diferenças na denominação ou na prática religiosa não se correlacionaram a diferenças de insight, mas encontramos uma associação entre religiosidade declarada e a dimensão de adesão ao tratamento, representada pelo Fator 3. Pacientes que se consideravam pouco religiosos apresentaram maior escore fatorial 3 quando comparados a pacientes que não se consideravam religiosos. Entretanto, comparando pacientes que se consideravam moderadamente ou muito religiosos com aqueles que não se consideravam

religiosos, não observamos diferença quanto ao insight global ou a qualquer dimensão do insight. No único estudo sobre insight que inclui uma variável relativa à religião que conseguimos identificar (White et al, 2000), pacientes que não professavam crenças religiosas e pacientes que adotavam crenças e práticas religiosas não diferiam quanto ao reconhecimento de ter uma doença mental, mas aqueles que relatavam crenças, mas não práticas religiosas, apresentavam reconhecimento de ter uma doença mental significativamente menor. Os autores exploraram apenas essa dimensão do insight e para isso utilizaram apenas três dos itens do SAI.

Religiosidade é um construto complexo e multidimensional — envolvendo crenças, emoções, atitudes e comportamentos — cujas associações com aspectos relativos à saúde e à doença mental são substanciais (Kendler et al., 2003) e influenciam desde a psicopatologia (Dantas et al., 1999) até a utilização de serviços de saúde mental (Dalgalarrrondo et al., 2004a). Em nossa pesquisa a religiosidade declarada pode funcionar como indicador indireto de situações muito distintas, das quais exploraremos algumas a seguir.

Podemos pensar que, em alguns casos, uma religiosidade muito intensa pode desfavorecer a adesão ao tratamento. Huguelet et al. (2006) investigando espiritualidade e práticas religiosas em pacientes esquizofrênicos, encontraram que uma parcela dos pacientes, ainda que pequena, considera que sua prática religiosa é incompatível com o tratamento psiquiátrico. Mesmo sem atingir tal extremo, a religião pode fazer parte de uma matriz cultural que valoriza as práticas religiosas no tratamento dos transtornos mentais, às vezes em detrimento do tratamento médico. Por exemplo, Peluso (2004), em sua investigação sobre a percepção leiga acerca dos transtornos mentais na cidade de São Paulo, encontrou que os evangélicos, comparados a outros grupos religiosos e a pessoas que se declaram sem religião, mais freqüentemente recomendaram atividades de caráter religioso como forma de tratamento e são os que mais acreditam em um bom prognóstico para os transtornos mentais sem tratamento profissional.

Eventualmente, uma religiosidade exacerbada pode resultar do próprio quadro psicopatológico. Dantas et al. (1999), estudando 200 internações consecutivas na enfermaria psiquiátrica de um hospital universitário em Campinas, São Paulo, encontraram sintomas de conteúdo religioso entre moderados e muito intensos em 15,7% dos pacientes. Siddle et al. (2001) relatam que delírios religiosos são comumente encontrados em pacientes esquizofrênicos e que comparados a outros pacientes esquizofrênicos, aqueles com delírios religiosos mostram-se mais severamente doentes, o que pode implicar também um maior comprometimento do insight e da adesão ao tratamento.

Por outro lado, a religiosidade pode funcionar como uma importante fonte de recursos adaptativos (*cope resources*) (Gastaud et al., 2006), favorecer a manutenção de uma rede de apoio social (Compton e Furman, 2005) que contribui para a melhora do insight em pacientes psicóticos (White et al., 2000); e reduzir comportamentos de risco como o uso de álcool e drogas ilícitas (Dalgalarrrondo et al., 2004b), que têm um impacto negativo na adesão ao tratamento (Kamali et al., 2001). Podemos supor que pacientes não religiosos estariam privados de tais efeitos benéficos da religião sobre a saúde mental. E se a exacerbção da religiosidade pode ser conseqüência de um transtorno mental, o mesmo pode ocorrer em relação ao afastamento da religião. A religiosidade pode ser um dentre os aspectos do funcionamento psicossocial prejudicados pelos sintomas psicóticos (Compton e Furman, 2005).

Weisman (2000), estudando pacientes esquizofrênicos mexicanos, encontrou que maior religiosidade estava associada a maior percepção de que algo pode ser feito para controlar os sintomas da esquizofrenia, um achado que os autores interpretaram à luz de concepções religiosas como: “Deus ajuda a quem se ajuda”. Lysaker et al. (2005) relatam que pacientes com maior insight e maior esperança são os que adotam estratégias mais adaptativas para lidar com sua própria situação, enquanto pacientes com maior insight, mas pouca esperança, são os que adotam estratégias menos adaptativas. É possível que parte dos pacientes que se declararam não religiosos em nossa pesquisa sintam-se mais

impotentes frente aos sintomas psicóticos e tenham menos esperança em relação aos benefícios do tratamento e que isso contribua para uma menor adesão.

Por fim, lembrando que utilizamos como dado a auto-avaliação do paciente em relação a sua religiosidade, podemos supor que os pacientes que se declararam religiosos em algum grau, em contraposição aos que se declararam não religiosos, estariam, pelo menos em tese, comprometidos com uma “prescrição” religiosa (orações, comparecimento a missas/cultos, contribuições para Igreja, por exemplo) cujo seguimento pode ter servido como parâmetro subjacente à auto-avaliação quanto à religiosidade. Talvez os pacientes que se declararam pouco religiosos, ao fazê-lo, estivessem sendo mais autocríticos em sua avaliação. Essa suposta maior autocrítica pode tanto ter favorecido, quanto ter sido favorecida por, uma melhor adesão ao tratamento.

Os resultados indicando associação entre religiosidade declarada e a dimensão do insight relativa à adesão ao tratamento são inéditos e carecem de replicação antes que deles se possam extrair conclusões, mas sugerem que importantes contribuições à compreensão do insight poderiam resultar de estudos que investigassem mais a fundo as associações entre insight e aspectos ligados a religião.

Nos estudos de Bassitt (2004) e Gigante (2003), assim como no nosso, o tempo de doença mental não esteve associado ao insight. Na literatura internacional vários autores relatam resultados semelhantes (David et al., 1995; Kemp e Lambert, 1995; Yen et al., 2002), enquanto apenas estudos isolados (MacPherson et al., 1996) encontraram maior insight em pacientes com maior tempo de doença.

Bassitt (2004) encontrou insight mais comprometido em pacientes recebendo associações de antipsicóticos, mas ausência de relação entre insight e o tipo de antipsicótico em uso. Em nossa pesquisa não estudamos pacientes em monoterapia versus pacientes recebendo associações de antipsicóticos, e sim, pacientes recebendo antipsicóticos de uma ou de outra geração, em monoterapia

ou associados, versus pacientes recebendo associação de antipsicóticos de diferentes gerações, e não encontramos relação entre classe de antipsicótico em uso e insight. Pelo exposto, nossos dados não são diretamente comparáveis aos daquela autora (Bassitt, 2004).

O tipo de quadro psicótico diagnosticado não esteve associado ao insight. Amador et al. (1994), tendo encontrado pior insight em pacientes esquizofrênicos quando comparados a pacientes esquizoafetivos, defendem a hipótese de que o comprometimento do insight é uma característica distintiva da esquizofrenia. Pini et al. (2001) encontraram resultado semelhante ao de Amador et al. (1994), mas em diversos outros estudos (David et al., 1992; David et al., 1995; Marks et al., 2000, Lysaker et al., 2002a; Beck et al., 2004) não se encontrou diferença entre pacientes esquizofrênicos e esquizoafetivos em relação ao insight, contrariando a hipótese defendida por aqueles autores (Amador et al., 1994). Na interpretação desses resultados contraditórios devemos levar em consideração que os critérios diagnósticos para “transtorno esquizoafetivo” na CID-10 (10<sup>a</sup>. Revisão do Capítulo V da Classificação Internacional das Doenças) (OMS, 1993) e no DSM-IV-R (APA, 1994) não são coincidentes e que a própria existência de tal transtorno, enquanto entidade clínica distinta da esquizofrenia e dos transtornos afetivos, é questionável (Angst, 2002). É possível que componentes afetivos sejam básicos e comuns a todas as psicoses endógenas (Angst, 2002).

Em nossa amostra 73,4% dos pacientes já tinham sido contidos fisicamente pelo menos uma vez na vida, mas os resultados de nosso trabalho indicam que fatores outros, que não o insight, foram determinantes da contenção física. Por outro lado, o caráter da internação quanto à voluntariedade esteve associado à capacidade de renomear eventos mentais incomuns como patológicos, representada pelo escore fatorial 2, e também ao insight total. A correlação entre internação involuntária e pior insight já havia sido descrita na literatura (David et al., 1992; Weiler et al., 2000; Morgan et al., 2002; Kelly et al. 2003), mas em nosso estudo encontramos não apenas maior insight em pacientes

internados voluntariamente quando comparados a pacientes internados involuntariamente, mas também maior insight naqueles que procuraram espontaneamente a internação em relação aos que a aceitaram de forma passiva.

Estudos de correlação não permitem o estabelecimento de relações de causalidade e, se por um lado, o comprometimento do insight é freqüentemente usado como justificativa ética e legal para a internação psiquiátrica involuntária, por outro, pacientes admitidos involuntariamente apresentam menor melhora do insight ao longo da internação (Kemp e David, 1996). É interessante notar que em nosso estudo a dimensão do insight à qual o caráter da internação esteve associado não foi a adesão ao tratamento, diferentemente do que relatam Morgan et al. (2002). Talvez essa divergência seja explicada por diferenças nas amostras estudadas: os autores citados (Morgan et al., 2002) pesquisaram exclusivamente pacientes que pela primeira vez apresentavam sintomas psicóticos, enquanto nossa amostra foi bastante diversificada e apresentou em média 9,9 internações psiquiátricas (desvio padrão de 10,5) e 16,7 anos (desvio anos padrão de 9,9) de doença mental.

A experiência de atendimento em psicoterapia esteve associada a maior capacidade de reconhecer a doença mental (representada pelo escore fatorial 1), maior capacidade de reconhecer o caráter patológico dos sintomas mentais (representada pelo escore fatorial 2) e maior insight global. Gigante (2003) encontrou maior insight em pacientes psicóticos que estavam em tratamento psicoterápico, quando comparados aos que não estavam. Os resultados de nossa pesquisa sugerem que a associação com melhor insight se mantém ainda que o tratamento psicoterápico tenha ocorrido no passado. Pode-se supor que pacientes com insight mais comprometido teriam pouca disponibilidade para esse tipo de tratamento e que a relação entre experiência de atendimento psicoterápico e melhor insight seja fruto de um viés de seleção. Mas, levando em conta o papel de mecanismos psicológicos de defesa na manifestação do insight (Lysaker et al., 2002b; Cooke et al., 2005) também é possível que o atendimento psicoterápico tenha contribuído para uma diminuição da negação e facilitado o

aprendizado sobre a doença. Estudos mostram que o insight em pacientes psicóticos melhora após intervenções psicoeducativas (Kemp e David, 1996; Kemp e David, 1997; Cunningham et al., 2001).

Na análise de regressão univariada, o número de tentativas de tentativas de suicídio esteve significativamente associado a: reconhecimento de ter uma doença mental, capacidade de reconhecer o caráter patológico dos sintomas mentais e maior insight global; e o risco de suicídio no momento da entrevista, tal como avaliado no item correspondente do M.I.N.I.-Plus, esteve associado ao reconhecimento de se ter uma doença mental e ao insight global. Na análise multivariada, apenas a associação entre risco de suicídio e o escore para o Fator 1 (que representa a dimensão de reconhecimento de se ter uma doença mental) persistiu.

Crumlish et al. (2005), em um estudo de quatro anos de seguimento de pacientes em primeiro episódio psicótico, encontraram que quanto maior o reconhecimento por parte dos pacientes de ter uma doença mental aos seis meses do início do tratamento, mais deprimidos eles estavam quatro anos depois e maior era a probabilidade de que tivessem tentado o suicídio. Por outro lado, Mintz et al. (2004), também em estudo longitudinal com pacientes em primeiro episódio psicótico, encontraram relação entre maior insight e maior número de tentativas de suicídio prévias ao início do tratamento, mas após um ano de seguimento a relação entre insight e número de tentativas de suicídio não se manteve. Gigante (2003), estudando uma amostra brasileira de pacientes psicóticos, não encontrou relação entre número de tentativas de suicídio e insight.

Uma vez que a amostra que estudamos incluía pacientes em início da doença e pacientes crônicos, nossos resultados não necessariamente contradizem a relação entre insight e número de tentativas de suicídio em pacientes psicóticos, a qual parece não ser a mesma para diferentes fases da doença mental.

Diversos estudos empíricos (Amador, 1996; Schwartz, 2000; Kim et al., 2003; Schwartz e Smith, 2004) apóiam a idéia de que maior insight está associado a comportamento suicida mais intenso. Nossos resultados sugerem que na população brasileira, entre as dimensões do insight, o reconhecimento de ter um transtorno mental é aquela que se associa mais fortemente ao comportamento suicida. Tem-se sugerido a existência em pacientes psicóticos de uma síndrome insight-desmoralização-depressão-comportamento suicida (Schwartz, 2000; Schwartz, 2001); hipótese que encontra apoio em estudos que relatam associação entre maior insight em pacientes psicóticos e maiores desesperança (*hopelessness*) (Carroll et al., 2004) e depressão (Moore et al, 1999), por um lado, e associação entre desesperança (Kim et al., 2003) e depressão (Schwartz e Smith, 2004) em pacientes psicóticos e comportamento suicida, por outro.

Em um amplo estudo prospectivo com uma metodologia que de fato permite a identificação da direção de causalidade em associações, Drake et al. (2004) encontraram que o maior insight leva a maior depressão, sendo tal associação mais intensa em pacientes agudamente doentes. Consistente com os resultados de estudos anteriores sobre insight e depressão nos transtornos psicóticos (Moore et al., 1999; Drake et al., 2004; Crumlish et al., 2005), é o achado, em nossa pesquisa, de uma relação entre ocorrência de episódio depressivo maior atual ou prévio e: insight global, capacidade de reconhecer o caráter patológico dos sintomas mentais e adesão ao tratamento.

Ainda que as associações entre dimensões do insight, insight total e religiosidade declarada, risco de suicídio, caráter da internação, experiência de atendimento em psicoterapia e ocorrência de episódio depressivo maior sejam significativas do ponto de vista estatístico, a porcentagem da variabilidade do insight explicada por tais variáveis é relativamente pequena, chegando no máximo a 31,2% no caso do modelo multivariado do escore total do SAI-E, ou seja, cerca de 70% da variabilidade do insight global devem-se a fatores outros que não as variáveis estudadas nessa pesquisa. Esse achado está de acordo com estudos

prévios (Almeida et al., 1995; Mintz et al., 2003) e reforça a idéia de que o insight é um fenômeno complexo, multideterminado.

Nas análises de regressão linear não foram encontradas relações entre BPRS total e insight global ou dimensões do insight, mas utilizando o coeficiente de correlação de Spearman encontramos correlações entre algumas manifestações psicopatológicas avaliadas pelos itens do BPRS e componentes do insight e insight global. O achado de que sintomas psicopatológicos, mas não medidas globais de psicopatologia, estão associados a insight é freqüente na literatura (McEvoy et al., 1989; Amador et al., 1994; Cuesta et al., 2000; Buckley et al., 2001).

Preocupações somáticas, autodepreciação e sentimentos de culpa, ansiedade somática e humor deprimido correlacionaram-se positivamente a insight global (isto é, quanto mais intensas essas manifestações, maior o insight) e também ao reconhecimento de se ter uma doença mental. Ansiedade somática correlacionou-se ainda à adesão ao tratamento. A associação entre tais sintomas, todos integrantes da síndrome depressiva, e melhor insight já era esperada e já havia sido relatada na população brasileira por Bassitt (2004). O reconhecimento de ser portador de uma doença crônica e muitas vezes vivenciada como estigmatizante (Dickerson et al., 2000) e a percepção de limitações funcionais e de perdas decorrentes do transtorno mental contribuem para sentimentos de desmoralização (Schwartz e Smith, 2004) e desesperança (Kim et al., 2003; Carroll et al., 2004) que podem levar o paciente psicótico a um quadro depressivo, especialmente nos primeiros anos de doença (Drake et al., 2004; Crumlish et al., 2005).

Inversamente, sintomas depressivos podem favorecer a manifestação de insight por parte do paciente. Marková e Berrios (1995) defendem que “sintomas” são conceitos construídos conjuntamente pelo paciente e pelo clínico, cujas contribuições relativas variam de acordo com a via de formação do sintoma. Certas vivências, para constituírem “sintomas”, dependem fundamentalmente da capacidade do paciente de reconhecer mudanças em sua experiência subjetiva, e

de conceitualizá-las e expressá-las. Assim, alguns dos processos envolvidos na própria formação do sintoma estariam imbricados com aqueles da formação do insight (Marková e Berrios, 1995). Em larga medida, tal modelo se aplica a sintomas depressivos. Além disso, podemos ainda pensar que idéias autodepreciativas, sentimentos de culpa e tristeza contribuem para que o paciente declare que há algo de errado consigo.

Desorganização conceitual, hostilidade, falta de cooperação e agitação psicomotora correlacionaram-se negativamente com insight global (ou seja, quanto mais intensas essas manifestações, menor o insight apresentado). Resultados semelhantes já haviam sido relatados em contexto brasileiro (Bassitt, 2004). É provável que essas manifestações da dimensão de desorganização da sintomatologia psicótica (Andreasen et al., 1995) dificultem a avaliação pelo paciente de mudanças em si próprio e em sua interação com o ambiente. Por outro lado, levando em consideração que 44% dos pacientes em nossa amostra haviam sido internados involuntariamente, podemos também supor que o comprometimento do insight contribua para manifestações de hostilidade e falta de cooperação no ambiente hospitalar.

Desorganização conceitual e hostilidade estiveram ainda negativamente correlacionadas ao reconhecimento de ter uma doença mental. Agitação psicomotora não esteve correlacionada a nenhuma dimensão particular do insight, apenas ao insight global.

A capacidade de renomear sintomas mentais como patológicos esteve negativamente associada a desorganização conceitual, falta de cooperação, auto-estima exagerada e conteúdo do pensamento incomum. Os dois últimos sintomas não chegaram a se correlacionar com o insight global. A associação entre delírio (avaliado pelo item “conteúdo do pensamento incomum” do BPRS) e menor reconhecimento de sintomas mentais reflete até certo ponto uma sobreposição de conceitos, pois comumente mais grave será considerado o delírio quanto mais convicto de sua realidade estiver o paciente, ou seja, quanto menos o paciente for capaz de reconhecer a natureza patológica de suas idéias delirantes. A adesão ao

tratamento esteve negativamente correlacionada a hostilidade e a afeto embotado ou inapropriado.

Todas as correlações encontradas, apesar de estatisticamente significativas, não chegaram a ser de grande magnitude. O máximo valor modular de *Rho* observado foi 0,382 para a correlação negativa entre hostilidade e insight global. Uma meta-análise de estudos sobre insight e esquizofrenia (Mintz et al., 2003) já havia indicado que as relações entre insight e sintomas psicopatológicos são no máximo moderadas.

Como limitações metodológicas do estudo de correlação entre insight e sintomas psicopatológicos devemos mencionar que as correlações não foram controladas em relação à influência de outras variáveis associadas ao insight; e que os escores do SAI-E e do BPRS foram atribuídos pelo mesmo avaliador. O conhecimento dos sintomas do paciente é indispensável para a correta utilização do SAI-E, mas em estudos que tivessem entre seus objetivos centrais pesquisar a associação entre insight e variáveis psicopatológicas, uma outra avaliação dos sintomas psicopatológicos, cega quanto aos escores relativos ao insight, deveria ser conduzida além daquela realizada pelo avaliador do insight.

O estudo de associação entre insight e variáveis sócio-demográficas, relativas ao tratamento e psicopatológicas teve um caráter exploratório que, se por um lado não nos permite generalizações amplas, por outro, permite a identificação de um padrão de associações entre variáveis sócio-demográficas, relativas ao tratamento e psicopatológicas e o construto “insight” avaliado pela versão brasileira do SAI-E, muito próximo daquele relatado na literatura para “insight” tal como avaliado pela versão original do SAI-E e por outros instrumentos padronizados, o que é mais um indicador de uma boa equivalência conceitual da versão brasileira do SAI-E em relação à versão original do instrumento.

## ***7- CONCLUSÕES***

A versão brasileira do SAI-E alcançou boa equivalência transcultural em relação ao instrumento original nas cinco dimensões estudadas: equivalências de conteúdo, semântica, técnica, de critério e conceitual. Apresentou confiabilidade entre avaliadores de satisfatória a boa para os itens individuais, e excelente para o escore total, mesmo em face de um treinamento restrito dos avaliadores, o que nos permite considerar que o SAI-E é um instrumento que favorece a obtenção de uma boa concordância entre avaliadores.

Na análise fatorial da versão brasileira do SAI-E, a estrutura com três fatores, apresentada pela versão original do instrumento, foi mantida, conservando a correspondência com as três dimensões do insight que se propõe avaliar: reconhecimento de ter uma doença e de que essa doença é mental, capacidade de reconhecer o caráter patológico dos sintomas mentais e adesão ao tratamento.

Adicionalmente, em um estudo exploratório de associação entre insight e variáveis sócio-demográficas, clínicas e relativas ao tratamento, foi encontrado um padrão de correlações entre tais variáveis e o construto avaliado pela versão brasileira do SAI-E comparável ao relatado com a utilização da versão original do SAI-E e de outros instrumentos padronizados de avaliação do insight, reforçando a boa equivalência conceitual alcançada na adaptação transcultural do SAI-E.

O insight global e as dimensões do insight correlacionaram-se às variáveis sócio-demográficas, clínicas e relativas ao tratamento de forma não coincidente; e apenas uma porcentagem relativamente pequena da variabilidade encontrada para o insight e seus componentes pôde ser atribuída a tais variáveis, o que oferece base empírica à idéia de que insight é um construto complexo, composto por dimensões que se articulam sem, entretanto, se sobreporem completamente.

Os resultados deste estudo indicam ainda a existência de influências recíprocas entre insight e religiosidade, e insight e depressão em pacientes psicóticos, sugerindo que pesquisas que investigassem mais a fundo as relações entre aspectos ligados à religião, sintomas afetivos, e manifestação de insight,

trariam importantes contribuições à compreensão acerca de como pacientes psicóticos vivenciam sua doença.

Tomados em conjunto, os resultados relatados nos permitem concluir que a versão brasileira do SAI-E é um instrumento adequado à avaliação do insight em nosso contexto cultural.

## ***8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS***

Almeida OP, David A, Levy R, Howard R. "Insight" e os quadros paranóides de início tardio. Revista ABP-APAL 1995; 17: 87-92.

Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. Schizophr Bull 1991; 17(1): 113-32.

Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum M, Edincott J; Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. Am J Psychiatry 1993; 150(6): 873-9.

Amador XF, Flaum M, Andreassen NC, Strauss DH, Yale SA; Clark, SC, Gorman JM. Awareness of Illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 826-36.

Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman, JM. Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. Am J Psychiatry 1996; 153(9): 1185-8.

Amador XF, Kronengold H. The description and meaning of insight in psychosis. In: Amador XJ, David AS, ed. Insight and psychosis. New York: Oxford University Press, 1998, p.15-32.

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – texto revisado. Tradução de Cláudia Dornelles. 4. ed.rev. Porto Alegre: Artmed, 2002. 880p. Título Original: Diagnostic and statistical manual of mental disorders – revised text.

Amorin P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. Rev Bras Psiquiatria 2000; 22(3): 106-15.

Andreasen NC, Arndt S, Alliger R, Miller D, Flaum M. Symptoms of schizophrenia: Methods, meanings, and mechanisms. Arch Gen Psychiatry 1995; 52:341-51.

Angst J. Historical aspects of the dichotomy between manic-depressive disorders and schizophrenia. Schizophr Res 2002; 57: 5-13.

Artes R, Barroso LP. Aspectos estatísticos da análise fatorial de escalas de avaliação. In: Gorestein C, Andrade LHS, Zuardi A, ed. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 35-44.

Bartko JJ; Carpenter WT. On the methods and theory of reliability. J Nerv Ment Dis 1976; 163(5): 307-17.

Bartko JJ. Measurement and reliability: statistical thinking considerations. Schizophr Bull 1991; 17(3): 483-9.

Bassitt DP. Crítica de doença e alterações cerebrais estruturais na esquizofrenia [Tese - Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2004.

Bech P, Kastrup M, Rafaelsen OJ. Mini-compendium of rating scales for states of anxiety, depression, mania, and schizophrenia with corresponding DSM-II syndromes. Acta Psychiatr Scand (Suppl) 1986; 326: 7-37.

Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. Schizophr Res 2004; 68: 319-29.

Berrios GE. Consciousness and its disorders. In: Berrios GE. The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. Oxford: Cambridge University Press; 1996. p. 229-60.

Berrios GE, Marková IS. Insight in the psychoses. A conceptual history. In: Amador XJ, David AS, ed. Insight and psychosis. New York: Oxford University Press, 1998, p. 33-46.

Birchwood M, Smith J, Drury V, Healy J, MacMillan F, Slade M. A self-report insight scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. Acta Psychiatr Scand 1994; 89:62-7.

Bleuler, E. Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985. Título original: Lehrbuch der Psychiatrie.

- Browne S, Garavan J, Gervin M, Roe M, Larkin C, O'Callaghan E. Quality of life in schizophrenia: insight and subjective response to neuroleptics. *J Nerv Ment Dis* 1998, 186: 74-8.
- Buckley PF, Hasan S, Friedman L, Cerny C. Insight and schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2001; 42(1): 39-41.
- Cabeza IG, Amador MS, López CA, Chávez MG. Subjective response to antipsychotics in schizophrenic patients: clinical implications and related factors. *Schizophr Res* 2000, 41: 349-55.
- Canino G, Lewis-Fernandez R, Bravo M. Methodological challenges in cross-cultural mental health research. *Transcultural Psychiatry* 1997; 34(2): 163-84.
- Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Owens DGC, Johnstone EC. Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophr Res* 1999; 35: 247-53.
- Carroll A, Pantelis C, Harvey C. Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38:169-73.
- Carsky M, Selzer MA, Terkelsen K, Hurt SW. The PEH. A questionnaire to assess acknowledgment of psychiatric illness. *J Nerv Ment Dis* 1992; 188: 458-64.
- Collins AA, Remington GJ, Coulter K, Birkett K. Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophr Res*, 1997; 27: 37-44.
- Compton MT, Furman AC. Inverse correlations between symptom scores and spiritual well-being among african american patients with first-episode schizophrenia spectrum disorders. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193(5): 346-9.
- Cooke MA, Peters ER, Kuipers E, Kumari V. Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 4-17.
- Crippa JAS, Hallak JEC, Sanches RF, Loureiro SR, Zuardi A W. Roteiro de entrevista estruturada para a escala breve de avaliação psiquiátrica (SIG-BPRS). In: Gorestein C; Andrade LHSG, Zuardi A, ed. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000, p.207-17 (Inclui Anexos 1 e 2)

Crumlish N, Whitty P, Kamali M, Clarke M, Browne S, McTigue O, Lane A, Kinsella C, O'Callaghan E. Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 449-55.

Cuesta MJ, Peralta V. Lack of insight in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994; 20:359-66.

Cuesta MJ, Peralta V, Caro F, De Leon J. Is poor insight in psychotic disorders associated with poor performance on the Wisconsin Card Sorting Test? *Am J Psychiatry* 1995; 152(9):1380-2.

Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A. Reappraising insight in psychosis – multi-scale longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 233-40.

Cuffel MJ, Alford J, Fischer EP, Owen RR. Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment adherence. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184(11): 653-9.

Cunningham Owens DG, Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Johnstone EC. A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic outpatients. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 362-9.

Dalgalarrondo P, Soldera MA, Corrêa Filho HRC, Silva CAM. Religião e uso de drogas por adolescentes. *Rev Bras Psiquiatr* 2004a; 26(2):82-90.

Dalgalarrondo P, Banzato CEM, Botega NJ. Frequência aumentada de esquizofrenia em pacientes evangélicos internados. *J Bras Psiquiatr* 2004b; 53(3):143-52.

Dantas CR, Banzato CEM. Aubrey Lewis e a psicopatologia do insight. *Rev Latinoam Psicopat Fund* 2004; 7 (1): 106-12.

Dantas CR, Pavarin LB, Dalgalarrondo P. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. *Rev Bras Psiquiatr* 1999; 21(3): 158-64.

David A. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990, 156, 798-808.

David A, Buchanan A, Reed A, Almeida O. The assessment of insight in psychosis. Br J Psychiatry 1992; 161: 599-602.

David A, Van Os J, Jones P, Harvey I, Foerster A, Fahy T. Insight and psychotic illness – cross-sectional and longitudinal associations. Br J Psychiatry 1995; 167:621-8.

David AS. The clinical importance of insight. In: Amador XJ, David AS. Insight and psychosis. Oxford University Press, New York, 1998. p.332-51.

David AS, Mergan KD, Mallet R, Leff J, Murray RM. Insight: unitary or multidimensional phenomenon? Schizophr Res 2003; 60(1), Supl.1. p. 14.

Dickerson FB, Blume JS, Origoni AE, Ringel NB. Perceptions of stigma among outpatients with schizophrenia. Schizophr Res 2000; 41:51 (A.30).

Donohoe G, Donnell CO, Owens N, O'Callaghan E. Evidence that health attributions and symptom severity predict insight in schizophrenia. J Nerv Ment Dis 2004; 192 (9): 635-7.

Doyle M, Flanagan S, Browne S, Clarke M, Lydon D, Larkin C, O'Callaghan E. Subjective and external assessments of quality of life in schizophrenia: relationship to insight. Acta Psychiatr Scand 1999, 99: 466-72.

Drake RJ, Haley CJ, Akhtar S, Lewis SW. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. Br J Psychiatry 2000; 177:511-5.

Drake RJ, Lewis SW. Insight and neurocognition in schizophrenia. Schizophr Res 2003; 63: 165.

Drake RJ, Pickles A, Bentall RP, Kinderman P, Haddock G, Tarrier N, Lewis SW. The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. Psychol Med 2004; 34: 285-92.

Eisen JL, Phillips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen S. The Brown assessment of beliefs scale: reliability and validity. Am J Psychiatry 1998; 155(1): 102-8.

Eisen JL, Rasmussen S, Phillips KA, Davidson J, Lydiard BR, Ninan P, Piggott T. Insight and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry* 2001, 42(6):494-7.

Fiss, N. Tradução, adaptação e estudo da confiabilidade da versão brasileira da “Escala para Avaliar a Ausência de Noção do Transtorno Mental” – SUMD [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 2001.

Fiss N, Chaves AC. Insight and education in schizophrenia in Brazil. *Schizophr Res* 2002; 56:260.

Flaherty JA, Gaviria FM, Pathak D, Mitchell T, Wintrob B, Richman, Birz S. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *J Nerv Ment Dis* 1988; 176 (5):257-63.

Flashman LA, McAllister TW, Johnson SC, Rick JH, Green RL, Saykin AJ. Specific frontal lobe subregions correlated with unawareness of illness in schizophrenia: a preliminary study. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2001; 13: 255-7.

Gastaud MB, Souza LDM, Braga L, Horta CL, Oliveira FM, Sousa PLR, Silva RA. Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de Psicologia: estudo transversal. *Rev Psiquiatr RS* 2006; 28(1):12-8.

Ghaemi SN, Rosenquist KJ. Is insight in mania state-dependent? *J Nerv Ment Dis* 2004, 192(11): 771-5.

Gigante AD. A crítica da doença na esquizofrenia: estudo comparativo entre pacientes e familiares [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2003.

Gigante AD, Castel S. Insight into schizophrenia: a comparative study between patients and family members. *Sao Paulo Med J* 2004, 122 (6): 246-51.

Goldberg W, Green-Paden LD, Lehman AF, Gold JM. Correlates of insight in serious mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2001; 89(3):137-45.

Hartmann GW. The concept and criteria of insight. *Psychological Review* 1933; 38: 242-53.

Heinrichs DW, Cohen BP, Carpenter WT. Early insight and the management of schizophrenic decompensation. *J Nerv Ment Dis.* 1985;173(3):133-8.

Huguelet P, Mohr S, Borrás L, Gillieron C, Brandt PY. Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatr Serv* 2006; 57(3): 366-72.

Jaspers K. *Psicopatologia Geral*. Tradução de Samuel Penna Reis. 2.ed., Rio de Janeiro, São Paulo: Livraria Atheneu; 1979.547p. V.1. Título original: *Allgemeine Psychopathologie*.

Johnson S, Orrell M. Insight and psychosis: a social perspective. *Psychol Med* 1995; 25, 515-20.

Jorge MR. Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa em saúde mental. In: Gorestein C, Andrade LHS, Zuardi A, ed. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000, p.53-8.

Jørgensen P. Recovery and insight in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1995, 92:436-40.

Kamali M, Kelly L, Gervin M, Browne S, Larkin C, O'Callaghan E. Insight and comorbid substance misuse and medication compliance among patients with schizophrenia. *Psychopharmacology* 2001, 52(2): 161-6.

Kampman O, Lehtinen K. Compliance in psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 167-75.

Kelly BD, Clarke M, Browne S, McTigue O, Kamali M, Gervin M, Kinsella A, Lane A, O'Callaghan E. Clinical predictors of admission status in first episode schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 67-71.

Kemp R, David A. Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *Brit J Psychiatry* 1996; 169: 444-50.

Kemp R, David A. Insight and compliance. In: Blackwell, ed. *Compliance and the treatment alliance in serious mental illness*. Amsterdam: Hardwood Academic Publishers, 1997. p. 61-86.

Kemp RA, Lambert TJR. Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophr Res* 1995; 18: 21

Kendler KS, Liu X, Gardner CO, McCullough ME, Larson D, Prescott CA. Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2003; 160:496-503.

Keshavan MS, Rabinowitz J, DeSemdt G, Harvey PD, Schooler N. Correlates of insight in first episode psychosis. *Schizophr Res* 2004; 70: 187-94.

Kim C, Jayathilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. *Schizophr Res* 2003; 60: 71-80.

Kim JS, Kim GJ, Lee JM, Lee CS, Oh JK. HAIS (Hanil Alcohol Insight Scale): validation of an insight-evaluation instrument for practical use in alcoholism. *J Stud Alcohol* 1998, 59: 52-5.

Kim Y, Sakamoto K, Kamo T, Sakamura Y, Miyaoka H. Insight and clinical correlates in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1997, 38(2):117-23.

Koren D, Seidman LJ, Poyurovsky M, Goldsmith M, Viksman P, Zichel S, Klein E. The neuropsychological basis of insight in first-episode schizophrenia: a pilot metacognitive study. *Schizophr Res* 2004, 70:195-202.

Lewis A. The Psychopathology of Insight. *Br J Med Psychol* 1934,14: 332-48.

Lysaker PH, Bell MD, Bryson G, Kaplan E. Insight and interpersonal function in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1998a; 186 (7):432-6.

Lysaker PH, Bell MD, Bryson G, Kaplan E. Neurocognitive function and insight in schizophrenia: support for an association with impairments in executive function but not with impairments in global function. *Acta Psychiatr Scand* 1998b; 97: 297-301.

Lysaker, PH, Bryson GJ, Bell MD. Insight and work performance in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2002a; 190: 142-6.

Lysaker PH, Bryson GJ, Lancaster RS, Evans JD, Bell MD. Insight in schizophrenia: associations with executive function and coping style. *Schizophr Res* 2002b; 59: 41-7.

Lysaker PH, Lancaster RS, Louane WD, Clements CA. Patterns of neurocognitive deficits and unawareness of illness in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191(1):38-44.

Lysaker PH, Campbell K, Johannesen JK. Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders. Evidence of an interaction. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193: 287-92.

MacPherson R, Jerron B, Huges A. Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 718-22.

Marková IS, Berrios GE. The meaning of insight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry* 1992a; 161: 850-60.

Marková IS, Berrios GE. The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatr Scand* 1992b; 86:159-64.

Marková IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry – a new model. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183 (12): 743-51.

Marková IS, Berrios GE. The “object” of insight assessment: relationship to insight “structure”. *Psychopathology* 2001; 34:245-52.

Marková IS, Roberts KH, Gallagher C, Boos H, McKenna PJ, Berrios GE. Assessment of insight in psychosis: a re-standardization of a new scale. *Psychiatry Res* 2003; 119: 81-8.

Marks KA, Fasteneau PS, Lysaker PH, Bond GR. Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ): relationship to researcher-rated insight and neuropsychological function in schizophrenia. *Schizophr Res* 2000, 45: 203-11.

McCabe R, Quayle E, Beirne AD, Duane MMA. Insight, global neuropsychological functioning, and symptomatology in chronic schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190: 519-25.

McEvoy JP, Apperson L, Appelbaum P, Ortlip P, Brecosky J, Hammill K, Geller JL, Roth L. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177:43-7.

Menezes PR, Nascimento AF. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. In: Gorestein C, Andrade LHSG, Zuardi A, ed. *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000, p.23-8.

Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2003; 61: 75-88.

Mintz AR, Addington J, Addington Donald. Insight in early psychosis: a 1-year follow-up. *Schizophr Res* 2004; 67: 213-7.

Moore O, Cassidy E, Carr A, O'Callaghan E. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 264-9.

Morgan KD, Tarrant J, Dazzan P, Chapple B, Lloyd T, Morgan C, Sharpley M, Huthchinson G, Orr K, Vearnals S, Mallet R, David A, Jones P, Leff J, Murray RM. Poor insight, diagnosis, symptoms and mode of admission in the AESOP First-onset Psychosis Study. *Schizophr Res* 2002; 53: 48.

Organização Mundial de Saúde, coord. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351p.

Pearsall J, Hanks P, eds. New Oxford Dictionary of English. Oxford: Oxford University Press, 2001. 2176p.

Peluso, ETP. A percepção pública de transtornos mentais na cidade de São Paulo. [Tese – Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 2004.

Pini S, Cassano GB, Dell'Osso L, Amador XF. Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features. Am J Psychiatry 2001, 158(1):122-5.

Sanson-Fisher RW, Martin CJ. Standardized interviews in Psychiatry: issues of reliability. Brit J Psychiatry 1981; 139: 138-43.

Sanz M, Constable G, Lopez-Ibor I, Kemp R, David AS. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. Psychological Medicine 1998, 28 (2): 437-46.

Schwartz RC. Insight and suicidality in schizophrenia: a replication study. J Nerv Ment Dis 2000; 188(4):235-7.

Schwartz RC. Self-awareness in schizophrenia: its relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments. J Nerv Ment Dis 2001; 189: 401-3.

Schwartz RC, Smith SD. Suicidality and psychosis: the predictive potential of symptomatology and insight into illness. J Psychiatr Res 2004; 38:185-91.

Shad MU, Muddasani S, Prasad K, Sweeney JA, Keshavanan MS. Insight and prefrontal cortex in first-episode schizophrenia. Neuroimage 2004; 22: 1315-20.

Shrout PE, Fleiss JL. Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. Psychological Bull 1979; 86(2): 420-8.

Siddle R, Haddock G, Tarrier N, Faragher EB. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002; 37: 130-8.

Simon AE, Berger GE, Giacomini V, Ferrero F, Mohr S. Insight in relationship to psychosocial adjustment in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192 (6):442-5.

Sturman ED, Sproule BA. Toward the development of a Mood Disorders Insight Scale: modification of Birchwood's psychosis Insight Scale. *J Affect Disord* 2003; 77: 21-30.

Tait L, Birchwood M, Trower P. Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style. *Br J Psychiatry* 2003; 182:123-8.

Thompson KN, McGorry PD, Harrigan SM. Reduced awareness of illness in first episode psychosis. *Compr Psychiatry* 2001; 42 (6):498-503.

Weiler MA, Fleisher MH, McArthur-Campbell D. Insight and symptom change in schizophrenia and other disorders. *Schizophr Res* 2000; 45:29-36.

Weisman AG. Religion: a mediator of anglo-american and mexican attributional differences toward symptoms of schizophrenia? *J Nerv Ment Dis* 2000; 188(9): 616-21.

Westermeyer J, Janca A. Language, culture and Psychopathology: conceptual and methodological issues. *Transcultural Psychiatry* 1997; 34(2): 291-311

Witt A. Saúde pública e o problema da classificação social. *Rev Saúde Publ* 1967; 1(2): 172-6.

White R, Bebbington P, Pearson J, Johnson S, Ellis D. The social context of insight in schizophrenia. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2000; 35: 500-7.

World Health Organization. Report of the international pilot study of schizophrenia. Geneva: WHO; 1973.

Yen CF, Yeh ML, Chen CS, Chung HH. Predictive value of insight for suicide, violence, hospitalization, and social adjustment for outpatients with schizophrenia: a prospective study. *Compr Psychiatry* 2002; 43:443-7.

Yen CF, Chen CS, Yeh ML, Ker JH, Yans SJ, Yen JY. Changes of insight in manic episodes and influencing factors. *Compr Psychiatry* 2003, 44(5): 404-8.

Young DA, Campbell Z, Zakzanis KK, Weinstein E. A comparison between an interview and a self-report method of insight assessment in chronic schizophrenia. *Schizopr Res* 2003, 63:103-9.

Zuardi AW, Loreiro SR, Rodrigues CRS, Correa AJ, Glock SS. Estudo da estrutura fatorial, fidedignidade e validade da tradução e adaptação para o português da Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS) modificada. *Rev ABP-APAL* 1994; 16: 63-8.

## ***9- APÊNDICES***

## APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos realizando uma pesquisa que busca entender o que as pessoas que estão em tratamento psiquiátrico pensam sobre os problemas que elas estão procurando tratar e sobre as conseqüências destes problemas em suas vidas. Convidamos você a participar deste estudo. A participação consiste em responder a algumas perguntas, o que poderá levar cerca de 90 minutos.

Leia (ouça) atentamente as informações a seguir:

- A sua participação é voluntária e não trará qualquer benefício direto para seu tratamento.
- Não participar do estudo **não prejudicará** em nada seu tratamento. O tratamento será o mesmo caso você concorde em participar ou não.
- Você poderá mudar de idéia durante a entrevista e interromper sua participação no estudo a qualquer momento sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.
- Você poderá recusar-se a responder qualquer questão quando julgar conveniente.
- Se você concordar, gravaremos uma parte da entrevista. Essa gravação será apagada logo que for transcrita para o papel.
- Não existem respostas certas ou erradas.
- As informações que obtivermos, caso você consinta em responder à entrevista, serão estudadas em conjunto com outras informações e serão apresentadas ou publicadas em meios científicos, mas os nomes dos entrevistados serão mantidos sob sigilo.
- Qualquer dúvida atual ou futura poderá ser esclarecida diretamente com os pesquisadores:

Dra. Clarissa de Rosalmeida Dantas – Fones: 3788 7514 e 3788 6644

Prof. Dr. Cláudio E.M. Banzato – Fones: 3788 7514 e 3788 7206.

- Caso você concorde em participar do estudo, preencha o termo de consentimento abaixo. Se você não souber ou não puder escrever, peça para que um familiar (ou pessoa co vínculo significativo) preencha para você o termo alternativo:

Eu, \_\_\_\_\_ me considero suficientemente informado(a) para decidir se aceito ou não participar desta pesquisa e estando ciente de que minha participação é totalmente voluntária, livremente consinto em fazer parte deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, que tenho com \_\_\_\_\_ o vínculo de \_\_\_\_\_, presenciei a leitura das informações a respeito da participação neste estudo. Testemunho que \_\_\_\_\_ diz considerar-se suficientemente informado(a) para decidir se aceita ou não participar desta pesquisa e estando ciente de sua minha participação é totalmente voluntária, livremente consente em fazer parte deste estudo.

\_\_\_\_\_  
Campinas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_

**Em caso de queixas,  
entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de  
Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp)  
Fone:(19) 3788 8936**

## APÊNDICE 2 – ENTREVISTA – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

### I - Dados da Entrevista

|                                                                                          |                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Entrevistador:                                                                           |                                                                                                                                                              |
| Data:                                                                                    | <b>Local da entrevista</b><br><input type="checkbox"/> HC-UNICAMP<br><input type="checkbox"/> Instituto Bairral<br><input type="checkbox"/> Sanatório Ismael |
| Horário de início                                                                        |                                                                                                                                                              |
| Horário de término:                                                                      |                                                                                                                                                              |
| Há acompanhante na entrevista? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |                                                                                                                                                              |
| Nome do acompanhante:                                                                    |                                                                                                                                                              |
| Vínculo do acompanhante com o paciente:                                                  |                                                                                                                                                              |

### II – Identificação do paciente. Dados sócio-demográficos.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Nome:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                 |
| 2. Registro no serviço:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 3. Gênero: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino |
| 4. Data de nascimento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 5. Idade:                                                                       |
| 6.1. Cidade onde nasceu:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 6.2. Estado:                                                                    |
| 7.1. Cidade onde mora:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 7.2. Estado:                                                                    |
| 8. Há quanto tempo mora nessa cidade (anos, meses ou dias):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                 |
| 9. Situação quanto a vínculos conjugais:<br><input type="checkbox"/> nunca se casou/amasiou <input type="checkbox"/> casado(a)/amasiado(a)<br><input type="checkbox"/> separado(a) <input type="checkbox"/> viúvo(a)<br><input type="checkbox"/> outra resposta:                                                                                                                                                                                               |                                                                                 |
| 10.1 Tem filhos ? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 10.2 Quantos?                                                                   |
| 12. Habitação:<br><input type="checkbox"/> própria <input type="checkbox"/> alugada <input type="checkbox"/> cedida<br><input type="checkbox"/> morador de instituição <input type="checkbox"/> morador de rua<br><input type="checkbox"/> outra:                                                                                                                                                                                                              |                                                                                 |
| 13. Número de pessoas que coabitam:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                 |
| 14. Quem são as pessoas com as quais vive/mora (quais os vínculos)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                 |
| 16. Grau de instrução do chefe da família:<br><input type="checkbox"/> Sem escolaridade formal<br><input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto<br><input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo<br><input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto<br><input type="checkbox"/> Ensino médio completo<br><input type="checkbox"/> Superior incompleto<br><input type="checkbox"/> Superior completo<br><input type="checkbox"/> Pós-graduação |                                                                                 |
| 17. Grau de instrução do paciente<br><input type="checkbox"/> Sem escolaridade formal<br><input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto<br><input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo<br><input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto<br><input type="checkbox"/> Ensino médio completo<br><input type="checkbox"/> Superior incompleto<br><input type="checkbox"/> Superior completo<br><input type="checkbox"/> Pós-graduação          |                                                                                 |
| 18. Anos de estudo completados com sucesso:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 19. Anos de repetência ou abandono escolar:                                     |

|                                                             |                                                                     |                                                           |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>20. Situação atual quanto ao trabalho:</b>               |                                                                     |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Nunca trabalhou.                   |                                                                     |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Desempregado.                      | Há quanto tempo?                                                    |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Trabalhos eventuais, “bicos”.      | Fazendo o quê?                                                      |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Trabalho regular, mas informal.    | Fazendo o quê?                                                      |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Trabalho formal (“registrado”).    | Fazendo o quê?                                                      |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Afastado do trabalho.              | Há quanto tempo?                                                    |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Aposentado                         | <input type="checkbox"/> Por invalidez. Relacionada à saúde mental? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Há quanto tempo?                                            | <input type="checkbox"/> Por tempo de serviço                       |                                                           |
| <input type="checkbox"/> Outra situação quanto ao trabalho. | Especificar:                                                        |                                                           |

|                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| <b>21. Renda pessoal</b> | <b>22. Renda familiar</b> |
|--------------------------|---------------------------|

**23. Índice de Posição social de Dois Fatores de Hollingshead.** Usar as informações obtidas acima para preencher as escala abaixo. Fazer perguntas adicionais se necessário.

| <b>Escala de Ocupação (Peso 7) - Descrição</b>                                                                                                                                                   | <b>Pontos</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Altos executivos, grandes proprietários, grandes empresários, industriais, profissionais maiores, etc.                                                                                           | 1             |
| Administradores de negócios, proprietários de médios negócios, médicos, engenheiros, professores universitários; postos superiores na administração pública: juízes, promotores, delegados, etc. | 2             |
| Profissional administrativo, donos de pequenos negócios, professores de ensino fundamental e médio, profissionais de médio porte, etc.                                                           | 3             |
| Vendedores qualificados, técnicos, donos de micro-negócios, etc.                                                                                                                                 | 4             |
| Trabalhadores manuais qualificados, torneiro mecânico, montadores de equipamentos elétricos, vendedores menos qualificados, auxiliares de enfermagem, etc.                                       | 5             |
| Operadores de máquinas e trabalhadores semiquualificados, pedreiros, pintores, garçons, porteiros, etc.                                                                                          | 6             |
| Trabalhadores não-qualificados, servente de pedreiro, ajudante geral, etc.                                                                                                                       | 7             |

| <b>Escala de Educação (Peso 4) - Descrição</b>                      | <b>Pontos</b> |
|---------------------------------------------------------------------|---------------|
| Graduação e pós-graduação ( <i>lato sensu ou estrito sensu</i> ).   | 1             |
| Graduações de longa duração (direito, engenharia, psicologia, etc.) | 2             |
| Um a três anos de faculdade ou graduações de duração mais curta.    | 3             |
| Ensino médio completo mais curso técnico                            | 4             |
| Dez a onze anos de escolaridade (ensino médio completo)             | 5             |
| Sete a nove anos de escolaridade                                    | 6             |
| Menos que sete anos de escolaridade                                 | 7             |

| (Pontos obtidos na escala de ocupação) X 7<br>+<br>(Pontos obtidos na escala de educação) X 4<br>=<br>Escore total | <b>Sistema de classificação</b> |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------|
|                                                                                                                    | Descrição                       | Intervalo de escores |
|                                                                                                                    | Alta                            | 11-17                |
|                                                                                                                    | Média-alta                      | 18-31                |
|                                                                                                                    | Média                           | 32-47                |
|                                                                                                                    | Média-baixa                     | 48-63                |
|                                                                                                                    | Baixa                           | 64-77                |

**Religiosidade**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>24. Acredita em Deus?</b><br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Tem dúvidas sobre a existência de Deus.<br><input type="checkbox"/> Não crê em Deus.<br><input type="checkbox"/> Outra resposta:                                                                                                                                                                                                  | <b>25. Acredita que exista o Diabo (capeta/satanás/demônio)?</b><br><input type="checkbox"/> Sim.<br><input type="checkbox"/> Tem dúvidas.<br><input type="checkbox"/> Acredita em “forças maléficas” não personalizadas.<br><input type="checkbox"/> Não acredita<br><input type="checkbox"/> Outra resposta:                                                       |
| <b>26. Qual é sua religião?</b><br><input type="checkbox"/> Católica<br><input type="checkbox"/> Religiões orientais (Budista, Taoísta, etc.)<br><input type="checkbox"/> Evagélica/Protestante<br><input type="checkbox"/> Não tem religião<br><input type="checkbox"/> Outras:<br><input type="checkbox"/> Espírita<br><input type="checkbox"/> Judaica<br><input type="checkbox"/> Afro-brasileiras (Umbanda/Candomblé) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>27. É praticante dessa religião? (Se for o caso)</b><br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> “Mais ou menos”<br><input type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Outra resposta:                                                                                                                                                                                                            | <b>28. Considera-se uma pessoa religiosa, com que intensidade?</b><br><input type="checkbox"/> Considera-se muito religioso(a)<br><input type="checkbox"/> Considera-se moderadamente religioso(a)<br><input type="checkbox"/> Considera-se pouco religioso(a)<br><input type="checkbox"/> Não se considera religioso(a)<br><input type="checkbox"/> Outra resposta: |

**III – Dados clínicos e de história psiquiátrica.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>29. Modalidade atual de tratamento:</b><br><input type="checkbox"/> Ambulatorial (passar a <b>32</b> )<br><input type="checkbox"/> Em hospital-dia ou CAPS (passar a <b>32</b> )<br><input type="checkbox"/> Em internação integral<br><input type="checkbox"/> Outra:   | <b>30. Data da internação (se for o caso):</b>                                                                                                                                                                 |
| <b>32. O paciente já teve internações psiquiátricas?</b><br><input type="checkbox"/> Nunca foi internado (passar a <b>39</b> )<br><input type="checkbox"/> Está internado pela primeira vez (passar a <b>36</b> )<br><input type="checkbox"/> Já foi internado.             | <b>31. Tempo de internação (dias) no momento da entrevista:</b>                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>33. Número de internações, excluindo a atual (se for o caso):</b>                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>34. Estimar quanto tempo de sua vida (semanas ou meses) o paciente passou internado:</b>                                                                                                                    |
| <b>35. Caráter da internação atual:</b><br><input type="checkbox"/> Voluntária e espontânea<br><input type="checkbox"/> Voluntária, mas não espontânea.<br><input type="checkbox"/> Involuntária<br><input type="checkbox"/> Compulsória<br><input type="checkbox"/> Outro: | <b>36. Já foi internado involuntariamente? (Inclui atual)</b><br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Não sabe<br><input type="checkbox"/> Outra resposta: |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>37. Já foi contido fisicamente?</b><br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Não sabe<br><input type="checkbox"/> Outra resposta:                        |
| <b>38. Idade do paciente quando os sintomas começaram:</b>                                                                                                                                                                                                                  | <b>39. Tempo de doença mental:</b>                                                                                                                                                                             |
| <b>40. Tem antecedentes familiares de esquizofrenia?</b><br><input type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Não sabe<br><input type="checkbox"/> Outra resposta:                                                                                                   | <b>41. Quem é (são) o(s) familiar(es) acometido(s)?</b>                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                |
| <b>42. Há quanto tempo vem usando psicofármacos regularmente?</b>                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>43. Que classes de psicofármacos usa atualmente?</b>                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Antipsicótico “típico”<br><input type="checkbox"/> Antipsicótico “atípico”<br><input type="checkbox"/> Benzodiazepínico<br><input type="checkbox"/> Indutor do sono (Stilnox ®)                                  | <input type="checkbox"/> Antidepressivo ISRS<br><input type="checkbox"/> Antidepressivo tricíclico<br><input type="checkbox"/> Anticonvulsivantes<br>(Fenobarbital, Fenitoína, etc.)   | <input type="checkbox"/> Anticonvulsivantes estabilizadores do humor (CBZ, Ac. Valpróico, etc.)<br><input type="checkbox"/> Lítio<br><input type="checkbox"/> Outra:                 |
| <b>44. Transcreva nomes e doses dos psicofármacos que o paciente usa atualmente:</b>                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                      |
| <b>45. Houve mudança na prescrição de antipsicótico(s) no último mês?</b>                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Não houve mudança.<br><input type="checkbox"/> Introdução de antipsicótico.<br><input type="checkbox"/> Aumento de dose.<br><input type="checkbox"/> Redução de dose.<br><input type="checkbox"/> Outra mudança: | <input type="checkbox"/> Associação de antipsicóticos “atípico” e “típico”.<br><input type="checkbox"/> Associação de “atípicos”.<br><input type="checkbox"/> Associação de “típicos”. | <input type="checkbox"/> Troca de antipsicótico “típico” por “atípico”.<br><input type="checkbox"/> Troca por outro “atípico”.<br><input type="checkbox"/> Troca por outro “típico”. |
| <b>46. Já teve contato com psicoterapia? (Desconsiderar atendimentos realizados durante uma internação integral).</b>                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Não sabe                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sim, fez no passado.<br><input type="checkbox"/> Sim, faz atualmente.                                                                                         |                                                                                                                                                                                      |
| <b>47. Que tipo de atendimento recebe/recebia?</b>                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                        | <b>48. Tempo total de atendimento em psicoterapia (especificar em meses ou semanas):</b>                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Individual<br><input type="checkbox"/> Ambos<br><input type="checkbox"/> Outra resposta:                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Grupoterapia<br><input type="checkbox"/> Não sabe                                                                                                             | <b>49. Frequência das sessões (média por mês):</b>                                                                                                                                   |

### Aplicação do M.I.N.I. Plus

Após a aplicação do MINI plus responder às questões seguintes:

|                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>50. Se houve tentativa de suicídio, quantas foram?</b>                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>51. Qual dos diagnósticos abaixo melhor se aplica à síndrome psicótica em questão?</b>                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Transtorno psicótico breve <input type="checkbox"/> Transtorno delirante<br><input type="checkbox"/> Transtorno esquizofreniforme <input type="checkbox"/> Transtorno esquizoafetivo |
| <b>52. Quais outros diagnósticos tiveram critérios preenchidos pelo paciente?</b>                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                      |

### Aplicação do BPRS

## APÊNDICE 3 – ROTEIRO PARA A AVALIAÇÃO DO INSIGHT VERSÃO EXPANDIDA

Schedule for the Assessment of Insight – Expanded Version (Kemp e David, 1997) – tradução e adaptação para o português de Dantas e Banzato

Horário de início: .....

Horário de término:.....

**1. “Você acha que tem passado por mudanças ou dificuldades emocionais ou psicológicas?”**

|                       |                                                            |     |                          |
|-----------------------|------------------------------------------------------------|-----|--------------------------|
| <i>Freqüentemente</i> | (idéia presente a maior parte do dia, na maioria dos dias) | = 2 |                          |
| <i>Às vezes</i>       | (idéia presente ocasionalmente)                            | = 1 | <input type="checkbox"/> |
| <i>Nunca</i>          | (pergunte por que os médicos/ outros pensam assim)         | = 0 |                          |

**2. “Você acha que isso significa que há algo errado com você (por exemplo, ‘nervosismo’ )?” Se a resposta anterior foi “nunca” ou “não”, pergunte: “Se o(s) médico(s) e /ou outros acham que você tem passado por mudanças ou dificuldades emocionais ou psicológicas, você acha que deve haver algo errado com você mesmo que você não sinta isso você mesmo(a)?”**

|                       |                                                            |     |                          |
|-----------------------|------------------------------------------------------------|-----|--------------------------|
| <i>Freqüentemente</i> | (idéia presente a maior parte do dia, na maioria dos dias) | = 2 |                          |
| <i>Às vezes</i>       | (idéia presente ocasionalmente)                            | = 1 | <input type="checkbox"/> |
| <i>Nunca</i>          | (pergunte por que os médicos/ outros pensam assim)         | = 0 |                          |

**3. “Você acha que seu problema chega a ser uma doença ou transtorno mental?”**

|                       |                                                            |     |                          |
|-----------------------|------------------------------------------------------------|-----|--------------------------|
| <i>Freqüentemente</i> | (idéia presente a maior parte do dia, na maioria dos dias) | = 2 |                          |
| <i>Às vezes</i>       | (idéia presente ocasionalmente)                            | = 1 | <input type="checkbox"/> |
| <i>Nunca</i>          | (pergunte por que os médicos /outros pensam assim)         | = 0 |                          |

Se escore positivo nas duas questões anteriores, proceda para a 4, de outro modo vá para o item 6.

**4. “Como você explica sua condição /transtorno /doença?”**

|                                                                                                                                                                                                  |     |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------|
| <i>Explicação razoável baseada em mecanismos plausíveis</i><br>(apropriada para o nível social, cultural e educacional, ex. excesso de estresse, desequilíbrio químico, história familiar, etc.) | = 2 |                          |
| <i>Explicação confusa, ou explicação ouvida e repetida sem a adequada compreensão ou “não sei”.</i>                                                                                              | = 1 | <input type="checkbox"/> |
| <i>Explicação delirante ou bizarra</i>                                                                                                                                                           | = 0 |                          |

Se escore positivo nas questões 1,2,3, proceda à 5, de outro modo vá para o item 6.

5. “A sua condição nervosa /emocional /psicológica /mental (use o termo do paciente) acarretou consequências adversas ou problemas para sua vida?” (Por exemplo: conflito com os outros, negligência, dificuldades financeiras ou de moradia, comportamento irracional, impulsivo ou perigoso).

|                        |                                            |     |                          |
|------------------------|--------------------------------------------|-----|--------------------------|
| <i>Sim</i>             | (com exemplo)                              | = 2 |                          |
| <i>Não tem certeza</i> | (não consegue dar exemplo ou se contradiz) | = 1 | <input type="checkbox"/> |
| <i>Não</i>             |                                            | = 0 |                          |

6. “Você acha que sua... condição (use o termo do paciente) ou o problema que resulta dela requer (necessita de) tratamento?”

|                        |                                            |     |                          |
|------------------------|--------------------------------------------|-----|--------------------------|
| <i>Sim</i>             | (com explicação plausível)                 | = 2 |                          |
| <i>Não tem certeza</i> | (não consegue dar exemplo ou se contradiz) | = 1 | <input type="checkbox"/> |
| <i>Não</i>             |                                            | = 0 |                          |

7. Selecione os sintomas mais proeminentes até um máximo de 4. Então avalie a noção que o paciente tem de cada um dos 4 sintomas, como abaixo. (Entrevistador: selecionar quais sintomas avaliar a partir de entrevistas prévias, por exemplo, maiores escores no BPRS, e/ ou a partir do estado atual do paciente).

Exemplos:

“Você acha que a crença... não é real /não está acontecendo (você poderia estar imaginando coisas)?”

“Você acha que as ‘vozes’ que você ouve são realmente pessoas falando, ou é algo que surge da sua própria mente?”.

“Você tem conseguido pensar claramente, ou seus pensamentos parecem misturados/ confusos? Sua fala está embaralhada?”.

“Você diria que tem estado mais agitado/ excessivamente ativo/ acelerado/ retraído que habitualmente?”

“Você percebe algum problema com sua atenção/ concentração/ memória?”

“Você tem problemas em fazer aquilo que você planeja/ iniciar atividades/ terminar tarefas/ motivação?”

Sintoma 1 – tipo

pontuação

*Certamente*

*Provavelmente*

*Incerto*

*Possivelmente*

*Com certeza não*

Sintoma 2 – tipo

pontuação

(noção completa)

(noção moderada)

(às vezes sim, às vezes não)

(vaga noção)

(sem noção)

Sintoma 3 – tipo

pontuação

= 4

= 3

= 2

= 1

= 0

Sintoma 4 – tipo

pontuação

média

8. Para cada sintoma avaliado acima (até um máximo de 4), pergunte ao paciente...  
 “Como você explica... (crenças falsas, ouvir vozes, pensamentos confusos, falta de iniciativa, etc)?”

| Sintoma 1 – tipo                                              | Sintoma 2 – tipo               | Sintoma 3 – tipo               | Sintoma 4 – tipo               |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>           | <input type="text"/>           | <input type="text"/>           |
| pontuação <input type="text"/>                                | pontuação <input type="text"/> | pontuação <input type="text"/> | pontuação <input type="text"/> |
| <i>“Parte da minha doença”</i>                                |                                |                                | = 4                            |
| <i>Devido ao “nervosismo”*</i>                                |                                |                                | = 3                            |
| <i>Reação ao estresse /cansaço</i>                            |                                |                                | = 2                            |
| <i>Incerto, talvez uma das anteriores</i>                     |                                |                                | = 1                            |
| <i>Não consegue dizer ou explicações delirantes /bizarras</i> |                                |                                | = 0                            |
|                                                               |                                |                                | média <input type="text"/>     |

9. “Como você se sente quando as pessoas não acreditam em você? (Quando você fala de... delírios ou alucinações).”

|                                                             |     |                      |
|-------------------------------------------------------------|-----|----------------------|
| <i>É aí que eu sei que estou doente</i>                     | = 4 |                      |
| <i>Eu fico imaginando se há algo errado comigo</i>          | = 3 | <input type="text"/> |
| <i>Eu fico confuso(a) e não sei o que pensar</i>            | = 2 |                      |
| <i>Eu ainda tenho certeza apesar do que os outros dizem</i> | = 1 |                      |
| <i>Eles estão mentindo</i>                                  | = 0 |                      |

Conte com a ajuda da enfermeira/ cuidador para avaliar os dois itens seguintes.

10. Quão prontamente o paciente aceita o tratamento (inclui aceitação passiva)?

|                                                                              |     |                      |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------|
| <i>Freqüentemente</i> (pode raramente questionar a necessidade de medicação) | = 2 |                      |
| <i>Às vezes</i> (pode ocasionalmente questionar a necessidade de medicação)  | = 1 | <input type="text"/> |
| <i>Nunca</i> (pergunte por quê)                                              | = 0 |                      |

Tratamento inclui medicação e/ ou hospitalização e/ ou outras terapias físicas ou psicológicas.

11. O paciente pede tratamento espontaneamente?

|                                                                                                      |     |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------|
| <i>Freqüentemente</i> (exclui solicitações inapropriadas de medicação, etc.)                         | = 2 |                      |
| <i>Às vezes</i> (pontue aqui se esquecimento /desorganização levam a solicitações apenas ocasionais) | = 1 | <input type="text"/> |
| <i>Nunca</i> (pergunte por que médicos/ outros pensam assim )                                        | = 0 |                      |

Escore total =

\* No original, “nervous condition”. Sugere o reconhecimento de um “problema emocional”.

## APÊNDICE 4 – RESULTADOS DESCRITIVOS DOS ESCORES FATORIAIS E ESCORE TOTAL DO SAI-E SEGUNDO VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

**Tabela 18** – Resultados descritivos dos Escores Fatoriais e Escore Total do SAI-E segundo variáveis sócio-demográficas.

| Variável                             | Escore total | Escore Fatorial 1 | Escore Fatorial 2 | Escore Fatorial 3 |
|--------------------------------------|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Gênero (n)</b>                    |              |                   |                   |                   |
| <b>Masculino (69)</b>                |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                           | 13,38 (6,88) | -0,03 (0,96)      | 0,00 (1,03)       | -0,10 (1,02)      |
| Mediana                              | 13,33        | 0,11              | -0,30             | 0,16              |
| Mín – Máx                            | 1,00 – 28,00 | -2,30 – 1,87      | -1,97 – 2,39      | -2,70 – 1,30      |
| <b>Feminino (40)</b>                 |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                           | 14,19 (6,32) | 0,06 (1,08)       | -0,01 (0,96)      | 0,17 (0,95)       |
| Mediana                              | 13,92        | 0,12              | -0,20             | 1,27              |
| Mín-Máx                              | 2,00 – 28,00 | -2,32 – 1,81      | -1,56 – 2,68      | 0,35 – 1,27       |
| <b>Vínculos conjugais</b>            |              |                   |                   |                   |
| <b>Solteiros (71)</b>                |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                           | 12,81 (6,55) | -0,08 (0,98)      | -0,08 (0,96)      | 0,08 (1,01)       |
| Mediana                              | 12,25        | -0,02             | -0,33             | 0,15              |
| Mín-Máx                              | 1,00 – 28,00 | -2,30 – 1,87      | -1,97 – 2,39      | 2,70 – 1,30       |
| <b>Casados/separados (38)</b>        |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                           | 15,30 (6,65) | 0,15 (1,04)       | 0,14 (1,07)       | 0,14 (0,92)       |
| Mediana                              | 14,42        | 0,35              | 0,05              | 0,44              |
| Mín-Máx                              | 3,00 – 28,00 | -2,32 – 1,81      | -1,56 – 2,68      | -2,85 – 1,27      |
| <b>Posição social</b>                |              |                   |                   |                   |
| <b>Baixa (57)</b>                    |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                           | 13,10 (6,59) | -0,04 (1,00)      | -0,05 (0,97)      | -0,09 (1,10)      |
| Mediana                              | 12,50        | -0,10             | -0,25             | 0,18              |
| Mín-Máx                              | 1,00 – 27,00 | -2,32 – 1,81      | -1,97 – 2,68      | -2,85 – 1,30      |
| <b>Média baixa a média alta (52)</b> |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                           | 14,31 (6,74) | 0,04 (1,01)       | 0,05 (1,04)       | 0,10 (0,87)       |
| Mediana                              | 13,33        | 0,25              | -0,35             | 0,35              |
| Mín-Máx                              | 3,00 – 28,00 | -2,30 – 1,67      | -1,56 – 2,39      | -2,70 – 1,27      |

DP = Desvio Padrão

Mín. = Valor mínimo, Máx. = valor máximo

**Tabela 18** (Conclusão) – Resultados descritivos dos Escores Fatoriais e Escore Total do SAI-E segundo variáveis sócio-demográficas.

| Variável                                 | Escore total | Escore Fatorial 1 | Escore Fatorial 2 | Escore Fatorial 3 |
|------------------------------------------|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Religião</b>                          |              |                   |                   |                   |
| <b>Católica (61)</b>                     |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                               | 13,49 (6,77) | -0,07 (0,89)      | 0,04 (1,05)       | -0,01 (1,02)      |
| Mediana                                  | 12,67        | -0,14             | -0,26             | -2,70             |
| Mín-Máx                                  | 1,00 – 28,00 | - 2,30 – 1,81     | -1,97 – 2,68      | 0,18 – 1,30       |
| <b>Evangélica (28)</b>                   |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                               | 14,26 (6,69) | 0,18 (1,09)       | -0,01 (0,94)      | -0,05 (1,09)      |
| Mediana                                  | 14,50        | 0,27              | -0,06             | 0,40              |
| Mín-Máx                                  | 1,00 – 27,00 | -2,14 – 1,66      | -1,67 – 2,08      | -2,85 – 1,13      |
| <b>Sem religião (11)</b>                 |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                               | 13,70 (6,36) | 0,24 (1,02)       | - 0,10 (0,96)     | -0,24 (0,93)      |
| Mediana                                  | 14,83        | -1,98             | -0,35             | -0,34             |
| Mín-Máx                                  | 3,00 – 22,33 | 0,32 – 1,87       | -1,42 – 2,04      | -1,78 – 0,95      |
| <b>Prática religiosa atual</b>           |              |                   |                   |                   |
| <b>Sim (55)</b>                          |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                               | 13,85 (6,28) | 0,04 (0,98)       | 0,04 (0,99)       | -0,07 (1,10)      |
| Mediana                                  | 12,67        | 0,11              | -0,16             | 0,16              |
| Mín-Máx                                  | 1,00 – 28,00 | -2,30 – 1,66      | -1,97 – 2,68      | -2,85 – 1,30      |
| <b>Não (41)</b>                          |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                               | 12,88 (7,27) | -0,13 (1,07)      | -0,08 (1,01)      | 0,05 (0,87)       |
| Mediana                                  | 13,33        | -0,14             | -0,36             | 0,18              |
| Mín-Máx                                  | 1,00 – 28,00 | -2,32 – 1,81      | -1,67 – 2,39      | -2,57 – 1,27      |
| <b>Religiosidade autodeclarada</b>       |              |                   |                   |                   |
| <b>Não se consideram religiosos (27)</b> |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                               | 13,46 (5,81) | 0,16 (0,91)       | -0,10 (0,97)      | -0,22 (0,98)      |
| Mediana                                  | 14,50        | 0,21              | -0,35             | -0,19             |
| Mín-Máx                                  | 3,00 – 25,33 | -1,98 – 1,81      | -1,97 – 2,04      | -2,57 – 1,30      |
| <b>Pouco religiosos (21)</b>             |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                               | 14,32 (7,59) | -0,08 (0,96)      | 0,01 (1,12)       | 0,43 (0,75)       |
| Mediana                                  | 12,00        | -0,02             | -0,36             | 0,58              |
| Mín-Máx                                  | 1,00 – 28,00 | -1,80 – 1,46      | -1,56 – 2,68      | -1,47 – 1,27      |
| <b>Moderadamente religiosos (38)</b>     |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                               | 13,56 (6,61) | -0,00 (1,11)      | 0,08 (0,95)       | -0,22 (1,07)      |
| Mediana                                  | 13,33        | -0,01             | -0,16             | 0,06              |
| Mín-Máx                                  | 2,00 – 28,00 | -2,32 – 1,87      | -1,44 – 2,39      | -2,85 – 1,13      |
| <b>Muito religiosos (20)</b>             |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                               | 13,67 (7,38) | -0,06 (1,03)      | 0,01 (1,09)       | 0,11 (1,01)       |
| Mediana                                  | 13,50        | 0,05              | -0,11             | 0,37              |
| Mín-Máx                                  | 1,00 – 28,00 | -2,30 – 1,38      | -1,40 – 2,39      | -2,63 – 1,14      |

*DP = Desvio Padrão*

*Mín. = Valor mínimo, Máx. = valor máximo*

## APÊNDICE 5 – RESULTADOS DESCRITIVOS DOS ESCORES FATORIAIS E ESCORE TOTAL DO SAI-E SEGUNDO VARIÁVEIS CLÍNICAS E RELATIVAS AO TRATAMENTO

**Tabela 19** – Resultados descritivos dos Escores Fatoriais e Escore Total do SAI-E segundo variáveis clínicas e relativas ao tratamento

| Variável                               | Escore total | Escore Fatorial 1 | Escore Fatorial 2 | Escore Fatorial 3 |
|----------------------------------------|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Caráter da internação atual</b>     |              |                   |                   |                   |
| <b>Voluntária e espontânea (20)</b>    |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                             | 18,20 (5,98) | 0,26 (0,61)       | 0,75 (1,03)       | 0,30 (0,81)       |
| Mediana                                | 18,50        | 0,24              | 0,51              | 0,56              |
| Mín-Máx                                | 7,25 – 28,00 | -0,92 – 1,46      | - 0,67 – 2,39     | -2,25 – 1,04      |
| <b>Voluntária não espontânea (41)</b>  |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                             | 13,42 (6,01) | 0,17 (0,98)       | -0,19 (0,97)      | -0,50 (0,95)      |
| Mediana                                | 12,50        | 0,21              | -0,42             | 0,50              |
| Mín-Máx                                | 3,00 – 28,00 | -1,90 – 1,87      | -1,97 – 2,39      | -2,70 – 1,30      |
| <b>Involuntária</b>                    |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                             | 11,72 (6,41) | -0,25 (1,10)      | -0,15 (0,88)      | -0,08 (1,11)      |
| Mediana                                | 11,46        | -0,17             | -0,36             | 0,17              |
| Mín-Máx                                | 1,00 – 27,00 | -2,32 – 1,66      | -1,67 – 2,68      | -2,85 – 1,27      |
| <b>Experiência de contenção física</b> |              |                   |                   |                   |
| <b>Sim (81)</b>                        |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                             | 13,14 (6,41) | -0,06 (1,01)      | -0,01 (0,91)      | -0,09 (1,07)      |
| Mediana                                | 12,67        | -0,06             | -0,18             | 0,15              |
| Mín-Máx                                | 1,00 – 28,00 | -2,32 – 1,87      | -1,97 – 2,39      | -2,85 – 1,30      |
| <b>Não (25)</b>                        |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                             | 14,86 (7,34) | 0,09 (0,96)       | 0,08 (1,24)       | 0,20 (0,71)       |
| Mediana                                | 15,00        | 0,23              | -0,37             | 0,51              |
| Mín-Máx                                | 3,00 – 27,00 | -2,15 – 1,66      | -1,42 – 2,68      | -1,84 – 1,14      |
| <b>Antipsicótico(s) em uso</b>         |              |                   |                   |                   |
| <b>Primeira geração (76)</b>           |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                             | 13,65 (6,63) | 0,10 (0,99)       | -0,06 (0,99)      | -0,05 (1,03)      |
| Mediana                                | 13,33        | 0,22              | -0,31             | 0,25              |
| Mín-Máx                                | 1,00 – 28,00 | -1,98 – 1,87      | -1,97 – 2,68      | -2,85 – 1,30      |
| <b>Segunda geração/clozapina (15)</b>  |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                             | 14,04 (7,05) | -0,14 (0,98)      | 0,15 (1,06)       | 0,09 (1,04)       |
| Mediana                                | 14,67        | -0,01             | -0,26             | 0,35              |
| Mín-Máx                                | 5,00 – 28,00 | -2,30 – 1,32      | -1,40 – 2,39      | -2,70 – 1,12      |
| <b>Associações (18)</b>                |              |                   |                   |                   |
| Média (DP)                             | 13,50 (6,84) | -0,29 (1,02)      | 0,14 (1,04)       | 0,13 (0,84)       |
| Mediana                                | 11,59        | -0,41             | 0,18              | 0,22              |
| Mín-Máx                                | 6,00 – 25,33 | -2,32 – 1,16      | -1,42 – 1,88      | -2,25 – 1,25      |

DP = Desvio Padrão Mín. = Valor mínimo, Máx. = valor máximo

**Tabela 19** (Conclusão) – Resultados descritivos dos Escores Fatoriais e Escore Total do SAI-E segundo variáveis clínicas e relativas ao tratamento

| Variável                                  | Escore total  | Escore Fatorial 1 | Escore Fatorial 2 | Escore Fatorial 3 |
|-------------------------------------------|---------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Experiência de psicoterapia</b>        |               |                   |                   |                   |
| <b>Sim (37)</b>                           |               |                   |                   |                   |
| Média (DP)                                | 16,58 (6,38)  | 0,33 (0,85)       | 0,29 (1,04)       | 0,08 (0,89)       |
| Mediana                                   | 16,50         | 0,32              | 0,05              | 0,35              |
| Mín-Máx                                   | 5,00 – 28,00  | -2,30 – 1,81      | -1,40 – 2,68      | -2,85 – 1,10      |
| <b>Não (72)</b>                           |               |                   |                   |                   |
| Média (DP)                                | 12,19 (6,34)  | -0,17 (1,03)      | -0,15 (0,95)      | -0,04 (1,06)      |
| Mediana                                   | 11,84         | -0,14             | -0,39             | 0,16              |
| Mín-Máx                                   | 1,00 – 28,00  | -2,32 – 1,87      | 0,95 – 2,39       | -2,63 – 1,30      |
| <b>Risco de suicídio atual (47)</b>       |               |                   |                   |                   |
| <b>Ausente</b>                            |               |                   |                   |                   |
| Média (DP)                                | 12,31 (6,74)  | -0,16 (1,03)      | -0,08 (1,04)      | -0,15 (1,02)      |
| Mediana                                   | 11,67         | -0,19             | -0,41             | -0,00             |
| Mín-Máx                                   | 1,00 – 28,00  | -2,32 – ,87       | -1,97 – 2,39      | -2,70 – 1,30      |
| <b>Baixo (42)</b>                         |               |                   |                   |                   |
| Média (DP)                                | 13,69 (6,69)  | -0,12 (0,94)      | 0,07 (0,98)       | 0,12 (0,91)       |
| Mediana                                   | 13,83         | -0,06             | -0,11             | 0,31              |
| Mín-Máx                                   | 1,00 – 28,00  | -1,98 – 1,27      | -1,56 – 2,68      | -2,63 – 1,27      |
| <b>Moderado/alto (20)</b>                 |               |                   |                   |                   |
| Média (DP)                                | 16,85 (5,51)  | 0,65 (0,84)       | 0,05 (0,99)       | 0,11 (1,15)       |
| Mediana                                   | 17,00         | 0,80              | -0,28             | 0,58              |
| Mín-Máx                                   | 5,75 – 27,00  | -1,36 – 1,81      | -1,67 – 2,08      | -2,85 – 1,14      |
| <b>Transtorno psicótico diagnosticado</b> |               |                   |                   |                   |
| <b>Esquizofrenia (74)</b>                 |               |                   |                   |                   |
| Média (DP)                                | 13,82 (6,71)  | -0,02 (0,97)      | 0,09 (1,05)       | -0,09 (1,03)      |
| Mediana                                   | 13,00         | -0,06             | -0,21             | 0,16              |
| Mín-Máx                                   | 1,00 – 28,00  | -2,32 – 1,87      | -1,97 – 2,39      | -2,70 – 1,30      |
| <b>Transtorno esquizoafetivo (23)</b>     |               |                   |                   |                   |
| Média (DP)                                | 14,10 (6,62)  | 0,27 (1,03)       | -0,16 (0,93)      | 0,05 (1,01)       |
| Mediana                                   | 15,67         | 0,60              | -0,35             | 0,08              |
| Mín-Máx                                   | 2,00 – 27,00  | -1,98 – 1,66      | -1,56 – 2,68      | 2,85 – 1,27       |
| <b>Outros transtornos psicóticos (12)</b> |               |                   |                   |                   |
| Média (DP)                                | 11,96 (6,71)  | -0,38 (1,07)      | -0,24 (0,73)      | 0,46 (0,58)       |
| Mediana                                   | 11,96         | -0,20             | -0,52             | 0,60              |
| Mín-Máx                                   | 3,67 – 24,66  | -2,15 – 1,14      | -1,01 – 1,34      | -0,54 – 1,13      |
| <b>EDM atual ou prévio</b>                |               |                   |                   |                   |
| <b>Sim (12)</b>                           |               |                   |                   |                   |
| Média (DP)                                | 19,26 (4,84)  | 0,43 (0,67)       | 0,61 (1,04)       | 0,45 (0,36)       |
| Mediana                                   | 19,25         | 0,34              | 0,14              | 0,57              |
| Mín-Máx                                   | 12,67 – 27,00 | -0,47 – 1,81      | -0,96 – 2,08      | -0,08 – 0,96      |
| <b>Não (97)</b>                           |               |                   |                   |                   |
| Média (DP)                                | 12,99 (6,54)  | -0,05 (1,02)      | -0,08 (0,97)      | -0,06 (1,04)      |
| Mediana                                   | 12,33         | -0,02             | -0,35             | 0,16              |
| Mín-Máx                                   | 1,00 – 28,00  | -2,32 – 1,87      | -1,97 – 2,68      | -2,85 – 1,30      |

*DP = Desvio Padrão*

*Mín. = Valor mínimo, Máx. = valor máximo*

## APÊNDICE 6 — RESULTADOS DO ESTUDO DA CONSISTÊNCIA INTERNA DA VERSÃO BRASILEIRA DO SAI-E

**Tabela 20** - Consistência interna da versão brasileira do SAI-E: estatísticas da relação  
item-total

| Item                                              | Média da<br>escala, se<br>item excluído | Variância da<br>escala, se<br>item excluído | Correlação<br>item-total<br>corrigida | Alpha, se<br>item excluído |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| 1. Reconhecimento de mudanças                     | 12,38                                   | 39,25                                       | 0,52                                  | 0,88                       |
| 2. Reconhecimento de ter um problema              | 12,46                                   | 38,44                                       | 0,66                                  | 0,87                       |
| 3. Atribuição do problema a um TM                 | 12,74                                   | 36,59                                       | 0,73                                  | 0,87                       |
| 4. Explicação do paciente para seu TM             | 12,86                                   | 38,25                                       | 0,64                                  | 0,87                       |
| 5. Reconhecimento de conseqüências<br>do TM       | 12,49                                   | 36,84                                       | 0,65                                  | 0,87                       |
| 6. Reconhecimento da necessidade<br>de tratamento | 12,31                                   | 37,57                                       | 0,70                                  | 0,87                       |
| 7. Reconhecimento de sintomas<br>mentais          | 12,25                                   | 32,45                                       | 0,75                                  | 0,87                       |
| 8. Atribuição dos sintomas a um TM                | 12,76                                   | 32,58                                       | 0,75                                  | 0,87                       |
| 9. Item de contradição hipotética                 | 12,16                                   | 34,23                                       | 0,61                                  | 0,88                       |
| 10. Aceitação do tratamento                       | 11, 97                                  | 41,94                                       | 0,31                                  | 0,89                       |
| 11. Solicitação espontânea<br>de tratamento       | 12,38                                   | 39,70                                       | 0,41                                  | 0,89                       |

*TM = Transtorno Mental*

### Estatísticas para a escala (SAI-E, 11 itens)

- Média: 13, 68
- Variância: 44, 35
- Desvio Padrão: 6,66

**Alfa de Cronbach: 0,89**

## ***10- ANEXOS***

**ANEXO 1 – “SCHEDULE FOR THE ASSESSMENT OF INSIGHT  
EXPANDED VERSION”  
(Kemp e David, 1997)**

1. “Do you think you have been experiencing any emotional or psychological changes or difficulties?”

*often* (thought present most of the day, most days) = 2

*sometimes* (thought present occasionally) = 1

*never* (ask why doctors / others think so) = 0

2. “Do you think this means there is something wrong with you?” (For example, a nervous condition). *If previous answer was “never” or “no” ask ; “If the doctor(s) and/or others think you have been experiencing emotional or psychological changes or difficulties do you think there must be something wrong with you even though you don’t feel it yourself?”*

*often* (thought present most of the day, most days) = 2

*sometimes* (thought present occasionally) = 1

*never* (ask why doctors / others think so) = 0

3. “Do you think your condition amounts to a mental illness or mental disorder?”

*often* (thought present most of the day, most days) = 2

*sometimes* (thought present occasionally) = 1

*never* (ask why doctors / others think so) = 0

If positive score on previous two items, proceed to 4, otherwise go to item 6.

4. “How do you explain your condition /disorder /illness?”

*Reasonable account given based on plausible mechanisms*  
(appropriate given social, cultural and educational background,  
e.g. excess stress, chemical imbalance, family history, etc.) = 2

*Confused account, or overheard explanation without adequate  
understanding or “don’t know”* = 1

*Delusional or bizarre explanation* = 0

If positive score on items 1,2, and 3, proceed to 5, otherwise go to item 6.

5. "Has your nervous/emotional /psychological /mental /psychiatric condition (use patient's term) led to adverse consequences or problems in your life? (For example, conflict with others, neglect, financial or accommodation difficulties, irrational, impulsive or dangerous behaviour)

Yes(with example) = 2  
*Unsure* (cannot give example or contradicts self) = 1  
*No* = 0

6. "Do you think your ... condition (use patient's term) or the problem resulting from it warrants (needs) treatment?"

Yes(with plausible reason) = 2  
*Unsure* (cannot give example or contradicts self) = 1  
*No* = 0

7. Pick the most prominent symptoms up to a maximum of 4. Then rate awareness of each symptom out of 4 as below. (Interviewer to assess which symptoms to rate from previous interviews e.g. highest scoring on BPRS and/or from patient's current presentation).

Examples:

"Do you think that the belief ... is not really / happening (could you be imagining things)?"

"Do you think the 'voices' you hear are actually real people talking, or is it something arising from your own mind?"

"Have you been able to think clearly, or do your thoughts seem mixed up / confused? Is your speech jumbled?"

"Would you say you have been more agitated / overactive / speeded up / withdrawn than usual?"

"Are you aware of any problem with attention / concentration / memory?"

"Have you a problem with doing what you intend / getting going / finishing tasks / motivation?"

Symptom 1 - type:

Symptom 2 - type:

Symptom 3 - type:

Symptom 4 - type:

rating

rating

rating

rating

*Definitely* (full awareness)

= 4

*Probably* (moderate awareness)

= 3

*Unsure* (sometimes yes, sometimes no)

= 2

*Possibly* (slight awareness)

= 1

*Absolutely not* (no awareness)

= 0

mean

8. For each symptom rated above (up to a maximum of 4), ask patient ... "How do you explain ... (false beliefs, hearing voices, thoughts muddled, lack of drive etc.)?"

Symptom 1

Symptom 2

Symptom 3

Symptom 4

*Part of my illness*

= 4

*Due to nervous condition*

= 3

*Reaction to stress / fatigue*

= 2

*Unsure, maybe one of the above*

= 1

*Can't say, or delusional / bizarre explanation*

= 0

mean

9. "How do you feel when people do not believe you? (When you talk about ... delusions or hallucinations)."

*That's when I know I'm sick*

= 4

*I wonder whether something's wrong with me*

= 3

*I'm confused and I don't know what to think*

= 2

*I'm still sure despite what others say*

= 1

*They're lying*

= 0

Use patient's primary nurse to rate following two items.

10. How readily does patient accept treatment (includes passive acceptance)?

*Often* (may rarely question need for treatment)

= 2

*sometimes* (may occasionally question need for treatment)

= 1

*never* (ask why)

= 0

Treatment includes medication and/or hospitalization and/or other physical and psychological therapies.

11. Does patient ask for treatment unprompted?

*Often* (excludes inappropriate request for medication etc.)

= 2

*Sometimes* (rate here if forgetfulness/disorganization leads to occasional requests only)

= 1

*Never* (ask why doctors / others think so)

= 0

## ANEXO 2



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

✉ Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP

☎ (0\_19) 3788-8936

FAX (0\_19) 3788-7187

🌐 [www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html](http://www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html)

✉ [cep@fcm.unicamp.br](mailto:cep@fcm.unicamp.br)

CEP, 28/06/05.  
(Grupo III)

**PARECER PROJETO: N° 288/2005**  
**CAAE: 0108.0.146.000-05**

### I-IDENTIFICAÇÃO:

**PROJETO: “TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E ESTUDO DE CONFIABILIDADE DA VERSÃO BRASILEIRA DO “SCHEDULE FOR ASSESSMENT OF INSIGHT-EXPANDED VERSAN” (SAI-E).**

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** Clarisse de Rosalmeida Dantas

**INSTITUIÇÃO:** HC/UNICAMP

**APRESENTAÇÃO AO CEP:** 13/06/2005

**APRESENTAR RELATÓRIO EM:** 28/06/06

### II - OBJETIVOS

O estudo pretende contribuir para a realização de estudos sobre insight no contexto cultural ao disponibilizar a versão brasileira de um instrumento para a avaliação de insight, em versão original.

### III - SUMÁRIO

Para atingir os objetivos serão desenvolvidos os seguintes procedimentos:

- autorização para a tradução
- tradução e adaptação transcultural do SAI-E
- estudo de confiabilidade entre avaliadores da SAI-E
- seleção dos pacientes (esquizofrênicos e outros transtornos psicóticos)
- entrevista

Serão selecionados 100 pacientes com idade entre 18 e 55 anos

### IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

Trata-se de um projeto de bem formulado. Apresenta uma metodologia adequada. O termo de Consentimento está bem redigido e claro. Apresentou-se o orçamento.

### V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter

aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

## **VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

O sujeito 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 (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

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 projeto 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 (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

## **VII - DATA DA REUNIÃO**

Homologado na VI Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 28 de junho de 2005.

  
**Profa. Dra. Carmen Sílvia Bertuzzo**  
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
FCM / UNICAMP

# **M.I.N.I. PLUS**

(OS MÓDULOS OPCIONAIS FORAM EXCLUÍDOS)

## **MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW**

### **Brazilian Version 5.0.0**

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

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

*Tradução para o português (Brasil) : P. Amorim*

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

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

M.I.N.I. Plus 5.0.0 (Junho, 2001)

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

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

|                                                                        |                         |   |               |                      |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---|---------------|----------------------|
|                                                                        | Vida inteira            | O | 295.70        | F25.x                |
| TRANSTORNO ESQUIZOFRENIFORME                                           | Atual                   | O | 295.40        | F20.8                |
|                                                                        | Vida inteira            | O | 295.40        | F20.8                |
| TRANSTORNO PSICÓTICO BREVE                                             | Atual                   | O | 298.8         | F23.80-F23.81        |
|                                                                        | Vida inteira            | O | 298.8         | F23.80-F23.81        |
| TRANSTORNO DELIRANTE                                                   | Atual                   | O | 297.1         | F22.0                |
|                                                                        | Vida inteira            | O | 297.1         | F22.0                |
| TRANSTORNO PSICÓTICO DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL                    | Atual                   | O | 293.xx        | F06.0-F06.2          |
|                                                                        | Vida inteira            | O | 293.xx        | F06.0-F06.2          |
| TRANSTORNO PSICÓTICO INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA                           | Atual                   | O | 291.5-292.12  | nenhum               |
|                                                                        | Vida inteira            | O | 291.5-292.12  | nenhum               |
| TRANSTORNO PSICÓTICO SOE                                               | Atual                   | O | 298.9         | F29                  |
|                                                                        | Vida inteira            | O | 298.9         | F29                  |
| TRANSTORNO DO HUMOR COM<br>CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS                  | Vida inteira            | O |               | F31.X3/F31.X2/F31.X5 |
| TRANSTORNO DO HUMOR SOE                                                | Vida inteira            | O | 296.90        | F39                  |
| TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR COM<br>CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS          | Atual                   | O | 296.24        | F33.X3               |
|                                                                        | Passado                 | O | 296.24        | F33.X3               |
| TRANSTORNO BIPOLAR I COM<br>CARACTERÍSTICAS PSICÓTICAS                 | Atual                   | O | 296.04-296.64 | F31.X2/F31.X5        |
|                                                                        | Passado                 | O | 296.04-296.64 | F31.X2/F31.X5        |
| TRANSTORNO BIPOLAR II                                                  | Atual                   | O | 296.89        | F31.8                |
|                                                                        | Passado                 | O | 296.89        | F31.8                |
| N ANOREXIA NERVOSA                                                     | Atual (Últimos 3 meses) | O | 307.1         | F50.0                |
| O BULIMIA NERVOSA                                                      | Atual (Últimos 3 meses) | O | 307.51        | F50.2                |
| BULIMIA NERVOSA TIPO PURGATIVO                                         | Atual                   | O | 307.51        | F50.2                |
| BULIMIA NERVOSA TIPO SEM PURGAÇÃO<br>ANOREXIA NERVOSA, TIPO COMPULSÃO  | Atual                   | O | 307.51        | F50.2                |
| PERIÓDICA PURGATIVO                                                    | Atual                   | O | 307.1         | F50.0                |
| ANOREXIA NERVOSA, TIPO RESTRITIVO                                      | Atual                   | O | 307.1         | F50.0                |
| P TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA                                 | Atual (Últimos 6 meses) | O | 300.02        | F41.1                |
| TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA<br>DEVIDO A CONDIÇÃO MÉDICA GERAL | Atual                   | O | 293.89        | F06.4                |
| TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA<br>INDUZIDO POR SUBSTÂNCIA        | Atual                   | O | 291.8-292.89  | nenhum               |
| S HIPOCONDRIA                                                          | Atual                   | O | 300.7         | F45.2                |
| T TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL                                       | Atual                   | O | 300.7         | F45.2                |
| U TRANSTORNO DOLOROSO                                                  | Atual                   | O | 300.89/307.8  | F45.4                |
| V TRANSTORNO DA CONDUTA                                                | Últimos 12 meses        | O | 312.8         | F91.8                |
| W<br>TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/<br>HIPERATIVIDADE (Adultos)     | Vida inteira            | O | 314.00/314.01 | F90.0/F98.8          |
|                                                                        | Atual                   | O |               |                      |
| Y TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL                                   | Atual                   | O |               |                      |
| Z TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO                              | Atual                   | O |               |                      |

## ALERTA

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

## INSTRUÇÕES GERAIS

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

---

### • Entrevista:

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

### • Apresentação:

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

- No início de cada um dos módulos diagnósticos (exceto para o módulo Transtornos Psicóticos), uma ou várias questões/filtros que correspondem aos critérios principais do Transtorno são apresentadas num quadro com fundo acinzentado.

- No final de cada módulo, um ou vários **quadros diagnósticos** permite(m) ao clínico indicar se os critérios de diagnóstico foram ou não preenchidos.

### • Convenções:

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

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

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

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

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

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

### • Instruções de cotação :

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

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

---

Se tem questões ou sugestões, se deseja ser treinado(a) na utilização do M.I.N.I. ou informado(a) das atualizações, pode contactar:

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

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

Patrícia AMORIM, M.D., PhD  
N.A. P. S. Novo Mundo  
Avenida Manchester 2000, Chácara 2  
Jardim Novo Mundo  
74703-000 – Goiânia - Goiás  
BRASIL  
Tel: + 55 62 524 18 02  
+ 55 62 524 18 04  
fax: + 55 62 213 64 87  
e-mail: [p.amorim@persogo.com.br](mailto:p.amorim@persogo.com.br)

## A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

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

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

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

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

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

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

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

|    |                                                                                                                                                                        | <u>Episódio Atual</u> |     | <u>Episódio Passado</u> |     |    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----|-------------------------|-----|----|
| f  | Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?                                                                                           | NÃO                   | SIM | NÃO                     | SIM | 10 |
| g  | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ?                             | NÃO                   | SIM | NÃO                     | SIM | 11 |
| A4 | HÁ 3 OU MAIS RESPOSTAS “SIM” EM A3 (OU 4 RESPOSTAS POSITIVAS, SE A1a OU A2a É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO PASSADO OU SE A1b OU A2b É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL)? | NÃO                   | SIM | NÃO                     | SIM |    |

VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO DE DUAS SEMANAS.

SE A4 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A3a - A3g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

|    |                                                                                                                                                                                                                  |     |     |     |     |    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|----|
| A5 | Esses problemas de depressão lhe causaram sofrimento importante ou o(a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais ou necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas? | NÃO | SIM | NÃO | SIM | 12 |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|----|

SE A5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4 E A 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

|    |                                                                                                                                                                                                                                                          |     |     |     |     |    |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|----|
| A6 | Esses problemas de depressão foram inteiramente causados pela perda de uma pessoa querida (luto)? A gravidade desses problemas, sua duração e as dificuldades que eles provocaram foram iguais às que outros sofreriam se estivessem na mesma situação ? | NÃO | SIM | NÃO | SIM | 13 |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|----|

SE A6 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 E A6 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

|    |                                                                                                       |  |  |  |  |  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| A7 | a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?<br>π Não    π Sim |  |  |  |  |  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|   |                                                                                    |  |  |  |  |  |
|---|------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| B | Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?<br>π Não    π Sim |  |  |  |  |  |
|---|------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

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

**A7 (SUMÁRIO):** UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA? NÃO SIM INCERTO NÃO SIM INCERTO 14

SE A7 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR A 4, A 5 A6 E A7 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

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

| NÃO                              | SIM |
|----------------------------------|-----|
| <b>Episódio Depressivo Maior</b> |     |
| Atual                            | o   |
| Passado                          | o   |

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

| NÃO                                                             | SIM |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Episódio Depressivo Maior devido à condição médica geral</b> |     |
| Atual                                                           | o   |
| Passado                                                         | o   |

A10 COTAR SIM SE A7a = SIM E A7 (SUMÁRIO) = NÃO.

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

| NÃO                                                             | SIM                   |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <b><i>Episódio Depressivo Maior induzido por substância</i></b> |                       |
| Atual                                                           | <input type="radio"/> |
| Passado                                                         | <input type="radio"/> |

#### CRONOLOGIA

A11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou um período de 2 semanas ou mais em  idade 15  
que apresentou esses problemas de depressão ?

A12 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de depressão teve, que  16  
duraram pelo menos 2 semanas ?

#### SUBTIPOS DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

#### Assinale tudo que se aplica

- |                                          |                                     |
|------------------------------------------|-------------------------------------|
| Leve                                     | <input type="radio"/> 296.21/296.31 |
| Moderado                                 | <input type="radio"/> 296.22/296.32 |
| Severo sem aspectos psicóticos           | <input type="radio"/> 296.23        |
| Severo com aspectos psicóticos           | <input type="radio"/> 296.24        |
| Em remissão parcial                      | <input type="radio"/> 296.25        |
| Em remissão completa                     | <input type="radio"/> 296.26        |
| Crônico                                  | <input type="radio"/>               |
| Com características catatônicas          | <input type="radio"/>               |
| Com características melancólicas         | <input type="radio"/>               |
| Com características atípicas             | <input type="radio"/>               |
| Com início no pós-parto                  | <input type="radio"/>               |
| Com padrão sazonal                       | <input type="radio"/>               |
| Com recuperação completa entre episódios | <input type="radio"/>               |
| Sem recuperação completa entre episódios | <input type="radio"/>               |

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

## B. TRANSTORNO DISTÍMICO

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

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

### ESPECIFICAR O PERÍODO DE TEMPO EXPLORADO ABAIXO:

- ☐ Atual  
☐ Passado

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| B1 Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo ? [OU, SE ESTÁ EXPLORANDO TRANSTORNO DISTÍMICO PASSADO: "No passado, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido (a), a maior parte do tempo, por um período de 2 anos ou mais ?"] | NÃO | SIM | 22 |
| B2 Ao longo desse período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais ?                                                                                                                                                                                                                     | NÃO | SIM | 23 |

### B3 Desde que se sente [Durante esse período em que se sentia]deprimido(a) a maior parte do tempo:

|                                                                   |     |     |    |
|-------------------------------------------------------------------|-----|-----|----|
| a O seu apetite mudou de forma significativa ?                    | NÃO | SIM | 24 |
| b Tem [teve] problemas de sono ou dorme [dormia] demais ?         | NÃO | SIM | 25 |
| c Sente-se [ sentia-se] cansado(a) ou sem energia ?               | NÃO | SIM | 26 |
| d Perdeu a auto-confiança ?                                       | NÃO | SIM | 27 |
| e Tem [tinha] dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões ? | NÃO | SIM | 28 |
| f Sente-se [ sentia-se] sem esperança ?                           | NÃO | SIM | 29 |

### HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3?

NÃO SIM

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

NÃO SIM 30

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

$\pi$  Não  $\pi$  Sim

Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?

$\pi$  Não  $\pi$  Sim

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

UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?

NÃO SIM 31

B5 É COTADA SIM?

NÃO

SIM

**TRANSTORNO DISTÍMICO**

Atual

☐

Passado

☐

**CRONOLOGIA**

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

idade

32

## C. RISCO DE SUICÍDIO

**Durante o último mês:**

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

**Ao longo da sua vida:**

C6 Já fez alguma tentativa de suicídio ?

NÃO SIM 4

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6 ?

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

NÃO

SIM

**RISCO DE SUICÍDIO ATUAL**

1-5 pontos Baixo ☐

6-9 pontos Moderado ☐

≥ 10 pontos Alto ☐

## D. EPISÓDIO (HIPO) MANÍACO

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

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

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

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

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

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

**SE D1a = SIM:**

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

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

**SE D2a = SIM:**

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

**D1a OU D2a SÃO COTADAS “SIM” ?**

(\  
NÃO    SIM

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

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

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

daquilo que estava fazendo ou pensando ?

| NÃO                   | SIM | NÃO                     | SIM | 9 |
|-----------------------|-----|-------------------------|-----|---|
| <u>Episódio Atual</u> |     | <u>Episódio Passado</u> |     |   |

|   |                                                                                       |     |     |     |     |    |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|----|
| f | Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa ? | NÃO | SIM | NÃO | SIM | 10 |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|----|

|   |                                                                                                                                                                                                                                             |     |     |     |     |    |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|----|
| g | Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você) ? | NÃO | SIM | NÃO | SIM | 11 |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|----|

**D3 (SUMÁRIO):** HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM D3

OU 4 SE D1a = "NÃO" (EPISÓDIO PASSADO) OU D1b = "NÃO" (EPISÓDIO ATUAL) ?

|     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|
| NÃO | SIM | NÃO | SIM |
|-----|-----|-----|-----|

VERIFICAR SE OS SINTOMAS POSITIVOS ACONTECERAM DURANTE O MESMO PERÍODO.

SE D3 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D 3 a - D3 g PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

D4 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?  
 π Não    π Sim

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

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

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

SE D4 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D 3 e D4 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

|    |                                                                                                                                                                                                                                          |     |     |     |     |    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|----|
| D5 | Esses problemas duraram pelo menos uma semana E o (a) perturbaram em casa, no trabalho / na escola ou nas suas relações sociais OU necessitou ser hospitalizado(a) por causa desses problemas?<br>COTAR SIM, SE SIM NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM | NÃO | SIM | 13 |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|----|

SE D5 É COTADA NÃO PARA O EPISÓDIO ATUAL, REEXPLORAR D 3, D 4 E D 5 PARA O EPISÓDIO PASSADO MAIS GRAVE.

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

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

| NÃO                         | SIM                   |
|-----------------------------|-----------------------|
| <b>EPISÓDIO HIPOMANÍACO</b> |                       |
| Atual                       | <input type="radio"/> |
| Passado                     | <input type="radio"/> |

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

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

| NÃO                     | SIM                   |
|-------------------------|-----------------------|
| <b>EPISÓDIO MANÍACO</b> |                       |
| Atual                   | <input type="radio"/> |
| Passado                 | <input type="radio"/> |

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

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

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

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

ESPECIFICAR SE O EPISÓDIO É ATUAL OU PASSADO.

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

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

## SUBTIPOS

Ciclagem Rápida

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

| NÃO                    | SIM <sup>14</sup> |
|------------------------|-------------------|
| <i>Ciclagem Rápida</i> |                   |

Episódio Misto

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

| NÃO                   | SIM <sup>15</sup> |
|-----------------------|-------------------|
| <i>Episódio Misto</i> |                   |

Padrão Sazonal

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

| NÃO                   | SIM <sup>16</sup> |
|-----------------------|-------------------|
| <i>Padrão Sazonal</i> |                   |

Com remissão completa entre episódios

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

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

## ASSINALAR A OPÇÃO QUE SE APLICA

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

## GRAVIDADE

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

## CRONOLOGIA

- D10 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de euforia /  idade 18  
irritabilidade excessiva de que falamos ?
- D11 Desde que esses problemas começaram, quantos períodos distintos de euforia /  19  
irritabilidade excessiva já teve?

## E. TRANSTORNO DE PÂNICO

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

|      |                                                                                                                                                                                                                   |        |     |    |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|----|
| E1 a | Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu <b>subitamente</b> muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim ? | (\ NÃO | SIM | 1  |
| b    | SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?                                                                                                                      | (\ NÃO | SIM | 2  |
| E2   | Alguns desses episódios súbitos de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse ou sem motivo ?                                                                   | (\ NÃO | SIM | 3  |
| E3   | Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis consequências ?                       | NÃO    | SIM | 4  |
| E4   | <b>Durante o episódio em que se sentiu pior :</b>                                                                                                                                                                 |        |     |    |
| a    | Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido ?                                                                                                                                                            | NÃO    | SIM | 5  |
| b    | Transpirou ou ficou com as mãos úmidas ?                                                                                                                                                                          | NÃO    | SIM | 6  |
| c    | Teve tremores ou contrações musculares ?                                                                                                                                                                          | NÃO    | SIM | 7  |
| d    | Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a) ?                                                                                                                                                          | NÃO    | SIM | 8  |
| e    | Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta ?                                                                                                                                                         | NÃO    | SIM | 9  |
| f    | Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito ?                                                                                                                                                                    | NÃO    | SIM | 10 |
| g    | Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina ?                                                                                                                                                       | NÃO    | SIM | 11 |
| h    | Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar ?                                                                                                                                                       | NÃO    | SIM | 12 |
| i    | Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado (a) do todo ou de uma parte do seu corpo ?                                                                   | NÃO    | SIM | 13 |
| j    | Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle ?                                                                                                                                                                | NÃO    | SIM | 14 |
| k    | Teve medo de morrer ?                                                                                                                                                                                             | NÃO    | SIM | 15 |
| l    | Teve dormências ou formigamentos no corpo?                                                                                                                                                                        | NÃO    | SIM | 16 |
| m    | Teve ondas de frio ou de calor ?                                                                                                                                                                                  | NÃO    | SIM | 17 |
|      | <b>E4 (SUMÁRIO): HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS "SIM" EM E4 ?</b>                                                                                                                                                      | NÃO    | SIM |    |

E5 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ?

o Não o Sim

b Teve alguma doença física logo antes desses problemas começarem?

o Não o Sim

*NO JULGAMENTO DO CLÍNICO: O USO DE DROGAS/ MEDICAMENTOS OU UMA DOENÇA FÍSICA É PROVAVELMENTE A CAUSA DIRETA DOS ATAQUES DE PÂNICO ? ( FAZER PERGUNTAS ABERTAS ADIOCINAIS SE NECESSÁRIO).*

**E5 (SUMÁRIO): UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?**

NÃO SIM 18

SE **E5 (SUMÁRIO)** = **NÃO**, PASSAR A **E9**.

**E6 E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5 (SUMÁRIO) = SIM?**

NÃO SIM  
*TRANSTORNO DE PÂNICO  
VIDA INTEIRA*

**E7 SE E6 = NÃO, HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA SIM EM E4 ?**

NÃO SIM  
*ATAQUES POBRES EM SINTOMAS  
VIDA INTEIRA*

**E8 Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios súbitos de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio ?**

NÃO SIM 19  
*TRANSTORNO DE PÂNICO  
ATUAL*

(SE RESPOSTA NEGATIVA, INSISTIR NA QUESTÃO, RELEMBRANDO CADA UM DOS SINTOMAS DESCRITOS EM **E4**).

**E9 E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5b SÃO COTADAS SIM E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?**

NÃO SIM  
*Transtorno de Ansiedade  
com ataques de pânico  
devido a condição médica geral  
ATUAL*

**E10 E3 E E4 (SUMÁRIO) E E5a SÃO COTADAS SIM E E5 (SUMÁRIO) É COTADA NÃO ?**

NÃO SIM  
*Transtorno de Ansiedade  
com ataques de pânico  
induzido por substância  
ATUAL*

#### CRONOLOGIA

**E11 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses episódios súbitos de ansiedade de que falamos ?**

idade 20

**E12 No último ano, durante quantos meses teve episódios súbitos de ansiedade ou medo de ter um desses episódios ?**

21

## F. AGORAFOBIA

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

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

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

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

- F3 Atualmente teme ou evita esses lugares ou situações ?

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

SE SIM, ASSINALAR SE:

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

**F2** o vida inteira

**F3** o atual

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

**E6** o vida inteira

**E8** o atual

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

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

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

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

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

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

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

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

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

|                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| NÃO                                                                          | SIM |
| <b>AGORAFOBIA ATUAL</b><br><i>sem história de ataques pocres em sintomas</i> |     |

CRONOLOGIA

- F5 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer ou evitar os lugares / as situações de que falamos ?
- F6 No último ano, durante quantos meses teve medo ou evitou de forma importante os lugares / as situações de que falamos ?

idade 25

26

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

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

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

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

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

G4 Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações s

**NÃO** **SIM**<sup>4</sup>  
**FOBIA SOCIAL**  
(Transtorno de Ansiedade Social)  
**ATUAL**

### SUBTIPOS

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

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

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

### CRONOLOGIA

G5 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações sociais de que falamos ?  idade 5

G6 No último ano, durante quantos meses teve medo importante das as situações sociais de que falamos ?  6

## H. FOBIA ESPECÍFICA

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

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

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

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

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

**NÃO** **SIM**<sup>4</sup>  
**FOBIA ESPECÍFICA**  
**ATUAL**

### CRONOLOGIA

H5 Que idade tinha quando, pela primeira vez, começou a temer as situações de que falamos ?  idade 5

H6 No último ano, durante quantos meses teve medo importante dessas situações ?  6

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

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

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

## K. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

|                                                                                                                                                                                                                                                        |     |     |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---|
| <b>K1 Nos últimos 12 meses,</b> em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, vodka, conhaque, whisky...), num período de três horas ? | NÃO | SIM | 1 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---|

**K2 Nos últimos 12 meses:**

|   |                                                                                                                                                                                                                            |     |     |   |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---|
| a | Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito ?                                                                                                                              | NÃO | SIM | 2 |
| b | Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado (a)?<br>Alguna vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma ressaca?<br>( COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO). | NÃO | SIM | 3 |
| c | Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia ?                                                                                                                                                      | NÃO | SIM | 4 |
| d | Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber ?                                                                                                                                               | NÃO | SIM | 5 |
| e | Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool ?                                                                                                            | NÃO | SIM | 6 |
| f | Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida ?                                                                                               | NÃO | SIM | 7 |
| g | Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos?                                                                                                                         | NÃO | SIM | 8 |

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM k2 ?

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| NÃO                                | SIM |
| <b>DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL</b> |     |

**K3 Nos últimos 12 meses:**

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

HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA "SIM" EM K3 ?

|                              |     |
|------------------------------|-----|
| NÃO                          | SIM |
| <b>ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL</b> |     |

## L. ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

## (OUTRAS QUE O ÁLCOOL)

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

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

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

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

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

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

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

ALUCINOGÊNEOS: L.S.D., “ácido”, mescalina, PCP, êxtase (MDMA), cogumelos, “vegetal” (Caapi /Chacrona), trombeteira / saia-branca, Artane®.

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

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

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

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

Toma outras substâncias?

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

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

**Assinalar**

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

SOMENTE A SUBSTÂNCIA (OU CLASSE DE SUBSTÂNCIAS) MAIS CONSUMIDA ☐

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

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

**L2 Considerando o seu consumo de [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA], ao longo da sua vida:**

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

SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA]?

NÃO SIM 4

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

NÃO SIM 5

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

NÃO SIM 6

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

NÃO SIM 7

HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM L2 ?

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

NÃO SIM  
DEPENDÊNCIA DE  
SUBSTÂNCIA(S)  
VIDA INTEIRA

- L3 a Você consumiu [SUBSTÂNCIA OU A CLASSE DE SUBSTÂNCIAS SELECCIONADA] nos últimos 12 meses ?

NÃO SIM 8

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

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

NÃO SIM

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

NÃO SIM

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

NÃO SIM

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

NÃO SIM

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

NÃO SIM

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

NÃO SIM

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

NÃO SIM

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

NÃO SIM

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

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

NÃO SIM  
DEPENDÊNCIA DE  
SUBSTÂNCIA(S)  
ATUAL

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

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

HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM L4 ?

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

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| NÃO                             | SIM |
| ABUSO DE SUBSTÂNCIA(S)<br>ATUAL |     |

#### CRONOLOGIA

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

## M. TRANSTORNOS PSICÓTICOS - Parte 1

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

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

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

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

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

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

|                              |                                                                                                                                                                                                                |                                   |     |                                    |     |    |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----|------------------------------------|-----|----|
| b                            | <b>SE SIM :</b> Atualmente eles acham suas idéias estranhas ?                                                                                                                                                  | NÃO                               | SIM | SIM                                | SIM | 10 |
|                              |                                                                                                                                                                                                                | COLUNA A (ENTREVISTADO(A) BIZARRO |     | COLUNA B (ENTREVISTADOR(A) BIZARRO |     |    |
| M6                           | a Alguma vez ouviu coisas que outras pessoas não podiam ouvir, como, por exemplo, vozes?                                                                                                                       | NÃO                               | SIM | SIM                                | SIM | 11 |
|                              | COTAR “SIM BIZARRO” UNICAMENTE SE O(A) ENTREVISTADO(A) RESPONDE SIM À QUESTÃO:<br>Estas vozes comentavam os seus pensamentos ou atos ou ouvia duas ou mais vozes falando entre elas?                           |                                   |     |                                    |     |    |
|                              |                                                                                                                                                                                                                |                                   | SIM |                                    |     |    |
| b                            | <b>SE SIM :</b> Ouviu essas coisas/vozes no último mês?                                                                                                                                                        | NÃO                               | SIM | SIM                                | SIM | 12 |
|                              | COTAR “SIM BIZARRO” SE O(A) ENTREVISTADO(A) OUVI VOZES QUE COMENTAM SEUS PENSAMENTOS OU ATOS OU DUAS OU MAIS VOZES QUE CONVERSAM ENTRE SI.                                                                     |                                   |     |                                    |     |    |
|                              |                                                                                                                                                                                                                |                                   | ⟨M8 | ⟨M8                                |     |    |
| M7                           | a Alguma vez viu alguma coisa ou alguém que outras pessoas presentes não podiam ver, isto é, teve visões quando estava completamente acordado?                                                                 | NÃO                               | SIM | SIM                                |     | 13 |
|                              | COTAR “SIM” SE AS VISÕES SÃO CULTURALMENTE INAPROPRIADAS.                                                                                                                                                      |                                   |     |                                    |     |    |
| b                            | IF YES: Teve essas visões no último mês ?                                                                                                                                                                      | NÃO                               | SIM | SIM                                |     | 14 |
| <b>JULGAMENTO DO CLÍNICO</b> |                                                                                                                                                                                                                |                                   |     |                                    |     |    |
| M8                           | b ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM DISCURSO CLARAMENTE INCOERENTE OU DESORGANIZADO OU APRESENTA UMA PERDA EVIDENTE DAS ASSOCIAÇÕES ?                                                               |                                   |     | NÃO                                | SIM | 15 |
| M9                           | b ATUALMENTE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM COMPORTAMENTO CLARAMENTE DESORGANIZADO OU CATATÔNICO?                                                                                                           |                                   |     | NÃO                                | SIM | 16 |
| M10                          | b OS SINTOMAS NEGATIVOS TÍPICAMENTE ESQUIZOFRÊNICOS (EMBOTAMENTO AFETIVO, POBREZA DO DISCURSO, FALTA DE ENERGIA OU DE INTERESSE PARA INICIAR OU TERMINAR AS ATIVIDADES) SÃO PROEMINENTES DURANTE A ENTREVISTA? |                                   |     | NÃO                                | SIM | 17 |
| M11                          | a HÁ PELO MENOS UM “SIM” DE M1 A M10b?                                                                                                                                                                         |                                   |     | NÃO                                | SIM |    |

**SE M11a = NÃO < PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE.**

M11 b

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

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

SE NÃO, CONTINUAR.

|                                                                                             |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| NÃO                                                                                         | SIM |
| <b>TRANSTORNO PSICÓTICO SEM OUTRA ESPECIFICAÇÃO*</b>                                        |     |
| Atual                                                                                       | o   |
| Vida inteira                                                                                | o   |
| <b>*Diagnóstico provisório devido à insuficiência de informações disponíveis no momento</b> |     |

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

M11c

DE M1 A M10b: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES “b” = SIM BIZARR0”?  
OU

HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES “b” = SIM MAS NÃO “SIM BIZARR0”?

|                                                         |
|---------------------------------------------------------|
| NÃO                                                     |
| <b>Critério A da Esquizofrenia NÃO preenchido ATUAL</b> |

|                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| SIM                                                 |
| <b>Critério A da Esquizofrenia preenchido ATUAL</b> |

M11d

DE M1 A M7: HÁ UMA OU MAIS QUESTÕES "a" = **SIM BIZARR0**?

OU

HÁ DUAS OU MAIS QUESTÕES "a" = **SIM MAS NÃO "SIM BIZARR0"**?  
(VERIFICAR QUE OS SINTOMAS OCORRERAM NO MESMO PERÍODO)

OU M11c É COTADA "SIM" ?

**NÃO**

**Crítério A da  
Esquizofrenia  
NÃO preenchido  
VIDA INTEIRA**

**SIM**

**Crítério A da  
Esquizofrenia  
preenchido  
VIDA INTEIRA**

M12 a Estava usando alguma droga ou medicamento logo antes desses problemas começarem ? o Não o Sim

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

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

D UMA CAUSA ORGÂNICA FOI EXCLUÍDA?? NÃO SIM INCERTO 21

SE M12d = **NÃO**: COTAR M13 (a, b) E PASSAR PARA O MÓDULO SEGUINTE

SE M12d = **SIM**: COTAR **NÃO** EM M13 (a, b) E PASSAR À M14

SE M12d = **INCERTO**: COTAR **INCERTO** EM M13 (a, b) E PASSAR À M14

M13a

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

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:

ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b)

E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b)

**NÃO**

**SIM**

22

**TRANSTORNO PSICÓTICO  
devido à condição médica geral**

Atual o

Vida inteira o

Incerto o

M13b

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

SE **SIM**, ESPECIFICAR SE O ÚLTIMO EPISÓDIO É:

ATUAL (PELO MENOS UMA QUESTÃO "b" COTADA "SIM" DE M1 A M10b)

E/OU VIDA INTEIRA (QUALQUER QUESTÃO COTADA "SIM" DE M1 A M10b)

**NÃO**

**SIM**

23

**TRANSTORNO PSICÓTICO  
induzido por substância**

Atual o

Vida inteira o

Incerto o

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

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

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

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

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

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

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

M17 QUAL É A DURAÇÃO TOTAL DA PSICOSE, CONSIDERANDO A FASE ATIVA 1 o ≥ 1 dia a <1 mês 31

(M14) E AS DIFICULDADES ASSOCIADAS (M15b) E O TRATAMENTO  
PSIQUIÁTRICO (M15d) ?

2 o  $\geq$  1 mês a <6 meses  
3 o  $\geq$  6 meses

#### CRONOLOGIA

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

## TRANSTORNOS PSICÓTICOS - PARTE 2

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRANSTORNOS PSICÓTICOS E DO HUMOR

COTAR AS QUESTÕES M19 A M23 UNICAMENTE:

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

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

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

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

M23 O que durou mais tempo: as crenças / experiências ou os episódios em que se sentiu

[ deprimido(a) / eufórico(a) / irritado(a) / TERMO DO(A) ENTREVISTADO (A)] ?

- 1 o humor 37
- 2 o crenças / experiências
- 3 o mesma duração

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

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

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

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

PARA OS TRANSTORNOS DO HUMOR {ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

## N. ANOREXIA NERVOSA

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

N1a Qual é a sua altura ?    cm.  
b Nos últimos 3 meses, qual foi seu peso mais baixo ?    kgs.

O PESO DO(A) ENTREVISTADO(A) É INFERIOR AO LIMITE CRÍTICO INDICADO PARA A SUA ALTURA ? (Ver TABELA DE CORRESPONDÊNCIA ABAIXO).

(  
NÃO SIM

### Durante os últimos 3 meses:

N2 Tentou não engordar , embora pesasse pouco ? NÃO SIM 1

N3 Teve medo de ganhar peso ou de engordar demais, mesmo estando abaixo do seu peso normal ? NÃO SIM 2

N4 a Achou que era muito gordo(a) ou pensou que uma parte do seu corpo era muito gorda ? NÃO SIM 3

b Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima foram muito influenciadas pelo seu peso ou por suas formas corporais ? NÃO SIM 4

c Achou que o seu peso era normal ou até excessivo ? NÃO SIM 5

N5 HÁ PELO MENOS 1 "SIM" EM N4 ? NÃO SIM

N6 APENAS PARA AS MULHERES: Nos últimos três meses sua menstruação não veio quando normalmente deveria ter vindo ( na ausência de uma gravidez) ? NÃO SIM 6

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

(  
NÃO SIM  
ANOREXIA NERVOSA  
ATUAL

### CRONOLOGIA

N7 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou esses problemas de peso que acabamos de falar ?  idade 7

N8 Desde que esses problemas de começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou a maior parte das dificuldades das quais falamos ?  8

N9 No último ano, durante quantos meses apresentou esses problemas de peso, de forma persistente ?  9

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

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

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

## O. BULIMIA NERVOSA

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

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

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

|                              |     |
|------------------------------|-----|
| NÃO                          | SIM |
| <b>BULIMIA NERVOSA ATUAL</b> |     |

### CRONOLOGIA

- O9 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou crises de comer descontroladamente ?  idade 17
- 10 Desde que esses problemas de começaram, quantos períodos distintos teve, em que apresentou crises de comer descontroladamente ?  18
- O11 No último ano, durante quantos meses apresentou crises de comer descontroladamente ?  19

### O12 SUBTIPOS DE BULIMIA NERVOSA

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

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

|                                 |                              |
|---------------------------------|------------------------------|
| NÃO<br><i>Tipo sem purgação</i> | SIM<br><i>Tipo purgativo</i> |
| <b>BULIMIA NERVOSA</b>          |                              |

### SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVOSA

Tipo Compulsão Periódica / Purgativo

**O7 E O12 SÃO COTADAS SIM?**

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

## P. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

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

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

**NÃO** **SIM**

**TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL**

P6 **P5 (SUMÁRIO)** É COTADA **NÃO** E **P5 b** É COTADA **SIM** ?

|                                                                                                |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>NÃO</b>                                                                                     | <b>SIM</b> |
| <b>TRANSTORNO DE ANSIEDADE<br/>GENERALIZADA ATUAL</b><br><i>devido a condição médica geral</i> |            |

P7 **P5 (SUMÁRIO)** É COTADA **NÃO** E **P5 a** É COTADA **SIM** ?

|                                                                                         |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>NO</b>                                                                               | <b>YES</b> |
| <b>TRANSTORNO DE ANSIEDADE<br/>GENERALIZADA ATUAL</b><br><i>induzido por substância</i> |            |

#### CRONOLOGIA

P8 Que idade tinha quando, pela primeira vez, apresentou essas preocupações excessivas/ esses problemas de ansiedade ?  idade 13

P9 No último ano, durante quantos meses apresentou essas preocupações excessivas / esses problemas de ansiedade, de forma persistente ?  14

### S. HIPOCONDRIA

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

|    |                                                                                                                                                                                                                                      |        |     |   |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|---|
| S1 | Nos últimos 6 meses, esteve excessivamente preocupado(a) ou com medo de ter uma doença física grave ? NÃO COTAR <b>SIM</b> SE QUALQUER DOENÇA FÍSICA PODE EXPLICAR OS SINAIS / SINTOMAS SOMÁTICOS DESCRITOS PELO(A) ENTREVISTADO(A). | (\ NÃO | SIM | 1 |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|---|

|    |                                                            |        |     |   |
|----|------------------------------------------------------------|--------|-----|---|
| S2 | Teve essa preocupação/ esse medo durante 6 meses ou mais ? | (\ NÃO | SIM | 2 |
|----|------------------------------------------------------------|--------|-----|---|

|    |                                                             |        |     |   |
|----|-------------------------------------------------------------|--------|-----|---|
| S3 | Foi examinado(a) por um médico por causa desses problemas ? | (\ NÃO | SIM | 3 |
|----|-------------------------------------------------------------|--------|-----|---|

|    |                                                                                                                                               |        |     |   |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|---|
| S4 | A preocupação/ o medo de ter uma doença física grave persistiu, apesar do médico ter lhe garantido que não você tinha nenhum problema grave ? | (\ NÃO | SIM | 4 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|---|

|    |                                                                                                                                                                   |     |     |   |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---|
| S5 | Essa preocupação/ esse medo lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais? | NÃO | SIM | 5 |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---|

S6 **S5 É COTADA SIM?**

|                              |            |
|------------------------------|------------|
| <b>NÃO</b>                   | <b>SIM</b> |
| <b>HIPOCONDRIA<br/>ATUAL</b> |            |

## T. TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

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

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

**TRANSTORNO  
DISMÓRFICO CORPORAL  
ATUAL**

## U. TRANSTORNO DOLOROSO

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

|    |                                                                                                                                                            |                   |                     |   |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------|---|
| U1 | Atualmente, uma dor é seu principal problema ?                                                                                                             | NÃO               | SIM                 | 1 |
| U2 | Atualmente essa dor é severa a ponto de justificar uma avaliação médica ?                                                                                  | NÃO               | SIM                 | 2 |
| U3 | Atualmente essa dor lhe causa sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas ou suas relações sociais ? | NÃO               | SIM                 | 3 |
| U4 | Fatores psicológicos ou estressantes tiveram um papel importante no aparecimento da dor ou eles mantêm ou agravam a dor ?                                  | NÃO               | SIM                 | 4 |
| U5 | A dor está sendo produzida ou simulada de propósito ?<br>(COMO NO TRANSTORNO FACTÍCIO OU NA SIMULAÇÃO ?)                                                   | NÃO               | SIM                 | 5 |
| U6 | Algum problema médico / alguma doença física teve influência importante no aparecimento da dor ou ele/a mantém ou agrava a dor ?                           | NÃO               | SIM                 | 6 |
| U7 | A dor está presente há mais de 6 meses ?                                                                                                                   | NÃO<br>↓<br>Agudo | SIM<br>↓<br>Crônico | 7 |

U8      **U6 É COTADA NÃO ?**

SE **U8** É COTADA SIM

E **U7** É COTADA **NÃO** = AGUDO

E **U7** É COTADA **SIM** = CRÔNICO

|                                                                                                          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>NÃO</b>                                                                                               | <b>SIM</b> |
| <b>TRANSTORNO DOLOROSO</b><br>associado a fatores psicológicos<br><b>ATUAL</b><br>o agudo      o crônico |            |

U9      **U6 É COTADA SIM ?**

SE **U8** OU **U9** SÃO COTADAS SIM

E **U7** É COTADA **NÃO** = AGUDO

E **U7** É COTADA **SIM** = CRÔNICO

|                                                                                                                                           |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>NÃO</b>                                                                                                                                | <b>SIM</b> |
| <b>TRANSTORNO DOLOROSO</b><br>associado a fatores psicológicos<br>e a uma condição médica geral<br><b>ATUAL</b><br>o agudo      o crônico |            |

# TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO / HIPERATIVIDADE (Adulto)

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

## Quando criança:

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

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

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

## Enquanto adulto:

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

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

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

**W8 É COTADA SIM ?**

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

## Y. TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL

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

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

HÁ PELO MENOS 5 RESPOSTAS "SIM" EM Y3 ?

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

|                                                   |     |
|---------------------------------------------------|-----|
| NÃO                                               | SIM |
| TRANSTORNO DISFÓRICO PRÉ-MENSTRUAL PROVÁVEL ATUAL |     |

## Z. TRANSTORNO MISTO DE ANSIEDADE-DEPRESSÃO

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

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

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

Z6 Z5c É COTADA SIM?

NÃO SIM  
TRANSTORNO MISTO DE  
ANSIEDADE-DEPRESSÃO  
ATUAL

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

### Transtorno Depressivo Maior

#### Episódio Único/F32.x

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

#### Episódio Recorrente/F33.x

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

### Transtorno Distímico

300.4/F34.1

### Mania

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

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

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

|              |                |
|--------------|----------------|
| 296.40/F31.0 | Hipomaníaco    |
| 296.40       | inespecificado |

#### Indiferenciado

|              |                                |
|--------------|--------------------------------|
| 296.41/F31.1 | leve                           |
| 296.42/F31.1 | moderado                       |
| 296.43/F31.1 | severo sem aspectos psicóticos |
| 296.44/F31.2 | severo com aspectos psicóticos |

a.....

|              |                      |
|--------------|----------------------|
| 296.45/F31.7 | em remissão parcial  |
| 296.46/F31.7 | em remissão completa |

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

a.....

|              |                                |
|--------------|--------------------------------|
| 296.50       | inespecificado                 |
| 296.51/F31.3 | leve                           |
| 296.52/F31.3 | moderado                       |
| 296.53/F31.4 | severo sem aspectos psicóticos |
| 296.54/F31.5 | severo com aspectos psicóticos |

a.....

|              |                     |
|--------------|---------------------|
| 296.55/F31.7 | em remissão parcial |
|--------------|---------------------|

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

300.23/F40.1

### Fobia Específica

300.29/F40.2

### Transtorno Obsessivo-compulsivo

300.30/F42.8

### Transtorno de Ansiedade Generalizada

300.02/F41.1

### Abuso / Dependência de Substâncias

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

### Transtornos Psicóticos

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

(indicar a condição médica geral)

|                                                           |                                                                                               |                                                |                                |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------|
| 296.56/F31.7                                              | em remissão completa                                                                          | 298.80/F23.xx                                  | Transtorno Psicótico Breve     |
| <b>Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Misto /F31.x</b> |                                                                                               | 298.90/F29                                     | Transtorno Psicótico SOE       |
| 296.60                                                    | inespecificado                                                                                |                                                |                                |
| 296.61/F31.3                                              | leve                                                                                          | <b>Anorexia Nervosa</b>                        |                                |
| 296.62/F31.3                                              | moderado                                                                                      | 307.10/F50.0                                   |                                |
| 296.63/F31.4                                              | severo sem aspectos psicóticos                                                                | <b>Bulimia Nervosa</b>                         |                                |
| 296.64/F31.5                                              | severo com aspectos psicóticos                                                                | 307.51/F50.2                                   |                                |
| 296.65/F31.7                                              | em remissão parcial                                                                           | <b>Transtorno de Estresse Pós-Traumático</b>   |                                |
| 296.66/F31.7                                              | em remissão completa                                                                          | 309.81/F43.1                                   |                                |
| 296.70/F31.9                                              | Tr. Bipolar I, Episódio Mais Recente: Inespecificado                                          | <b>Risco de Suicídio</b>                       |                                |
| 296.80/F31.9                                              | Tr. Bipolar I, SOE                                                                            | Nenhum código alocado                          |                                |
| 296.89/F31.8                                              | Tr. Bipolar II                                                                                | <b>Transtorno da Personalidade Anti-social</b> |                                |
|                                                           |                                                                                               | 301.70/F60.2                                   |                                |
| <b>Transtorno do Pânico/F40.01</b>                        |                                                                                               | <b>Transtornos Somatoformes</b>                |                                |
| 300.01/F41.0                                              | Sem Agorafobia                                                                                | 300.81/F45.0                                   | Transtorno de Somatização      |
| 300.21/F40.01                                             | Com Agorafobia                                                                                | 300.70/F45.2                                   | Hipocondria                    |
| <b>Agoraphobia</b>                                        |                                                                                               | 300.70/F45.2                                   | Transtorno Dismórfico Corporal |
| 300.22/F40.00                                             | Sem história de Transtorno de Pânico                                                          |                                                |                                |
| <b>Transtornos Dolorosos</b>                              |                                                                                               |                                                |                                |
| 307.80/F45.4                                              | Transtorno Doloroso associado com fatores psicológicos                                        |                                                |                                |
| 307.89/F45.4                                              | Transtorno Doloroso associado com fatores psicológicos e com uma condição médica geral        |                                                |                                |
| <b>Transtorno da Conduta</b>                              |                                                                                               |                                                |                                |
| 312.80/F91.8                                              |                                                                                               |                                                |                                |
| <b>Transtornos de Déficit de Atenção/ Hiperatividade</b>  |                                                                                               |                                                |                                |
| 314.01/F90.0                                              | Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Combinado                              |                                                |                                |
| 314.00/F98.8                                              | Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento            |                                                |                                |
| 314.01/F90.0                                              | Transtorno de Déficit de Atenção/ Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-impulsivo |                                                |                                |
| <b>Transtornos de Ajustamento</b>                         |                                                                                               |                                                |                                |
| 309.00/F43.20                                             | Transtorno de Ajustamento com humor depressivo                                                |                                                |                                |
| 309.24/F43.28                                             | Transtorno de Ajustamento com ansiedade                                                       |                                                |                                |
| 309.28/F43.22                                             | Transtorno de Ajustamento misto de ansiedade e depressão                                      |                                                |                                |
| 309.30/F43.24                                             | Transtorno de Ajustamento, com perturbação da conduta                                         |                                                |                                |
| 309.40/F43.25                                             | Transtorno de Ajustamento, com perturbação mista das emoções e conduta                        |                                                |                                |
| 309.90/F43.9                                              | Transtorno de Ajustamento, sem especificação                                                  |                                                |                                |
| <b>Transtorno Disfórico Pré-menstrual</b>                 |                                                                                               |                                                |                                |
|                                                           | Nenhum código alocado                                                                         |                                                |                                |

## CRITÉRIOS PARA EXCLUIR OUTROS TRANSTORNOS DO EIXO I

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

### Questão

Sim Não

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

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

### Em qualquer situação em que:

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

## REFERÊNCIAS

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

### Translations

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

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

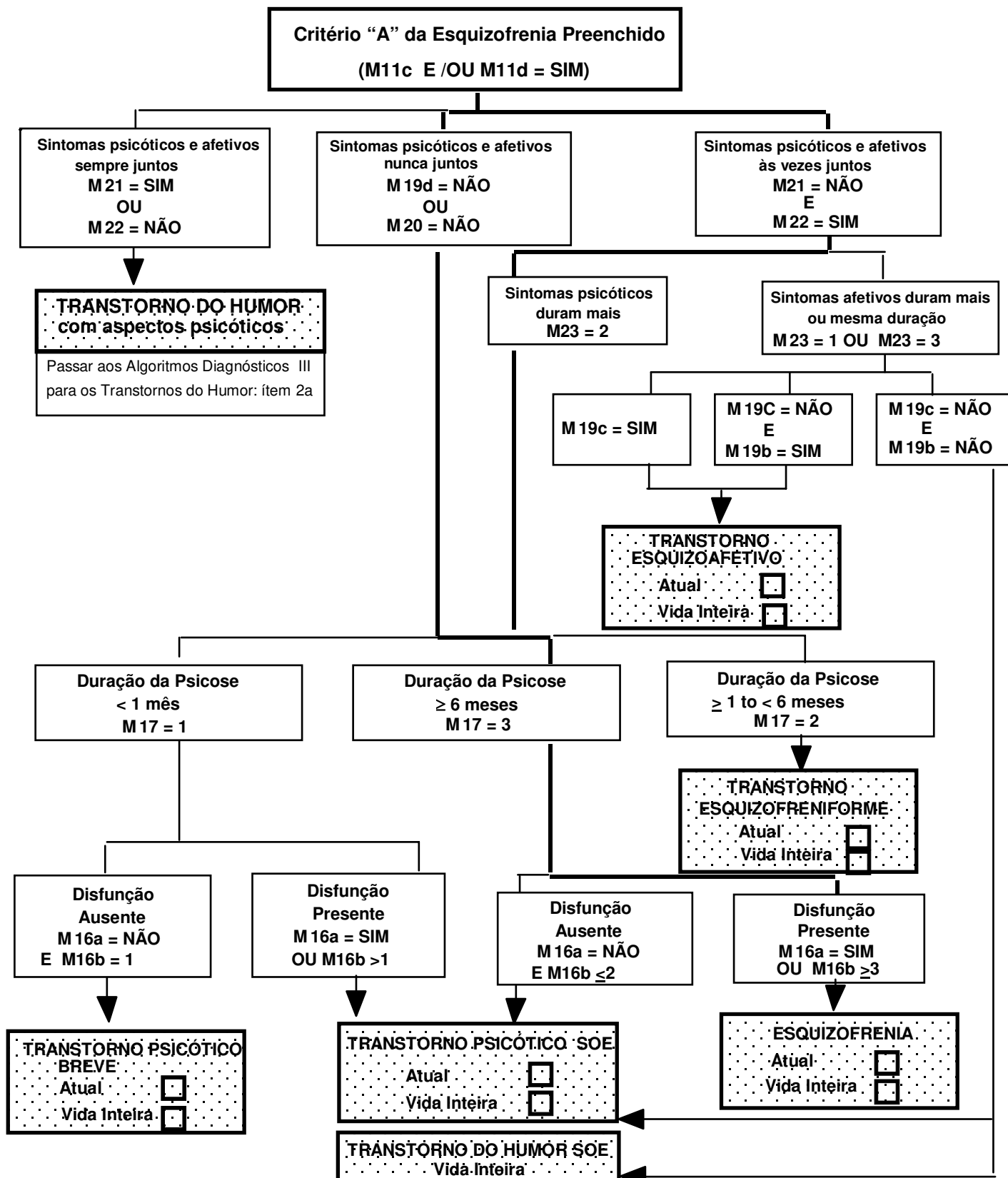
|                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil                                                  |
| O. Osman, E. Al-Radi  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

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

Os autores agradecem a : Dr. Pauline Powers por suas contribuições nos módulos Anorexia e Bulimia Nervosa  
 Dr. Humberto Nagera por suas contribuições nos módulos TDAH (para crianças e adultos)  
 Drs. Jonathan Cohen e Donald Klein por suas sugestões no módulo Transtorno do Pânico do MINI Plus  
 Prof. Istvan Bitter e Dr. Judit Balazs por suas contribuições no módulo Transtorno Misto de Ansiedade-Depressão

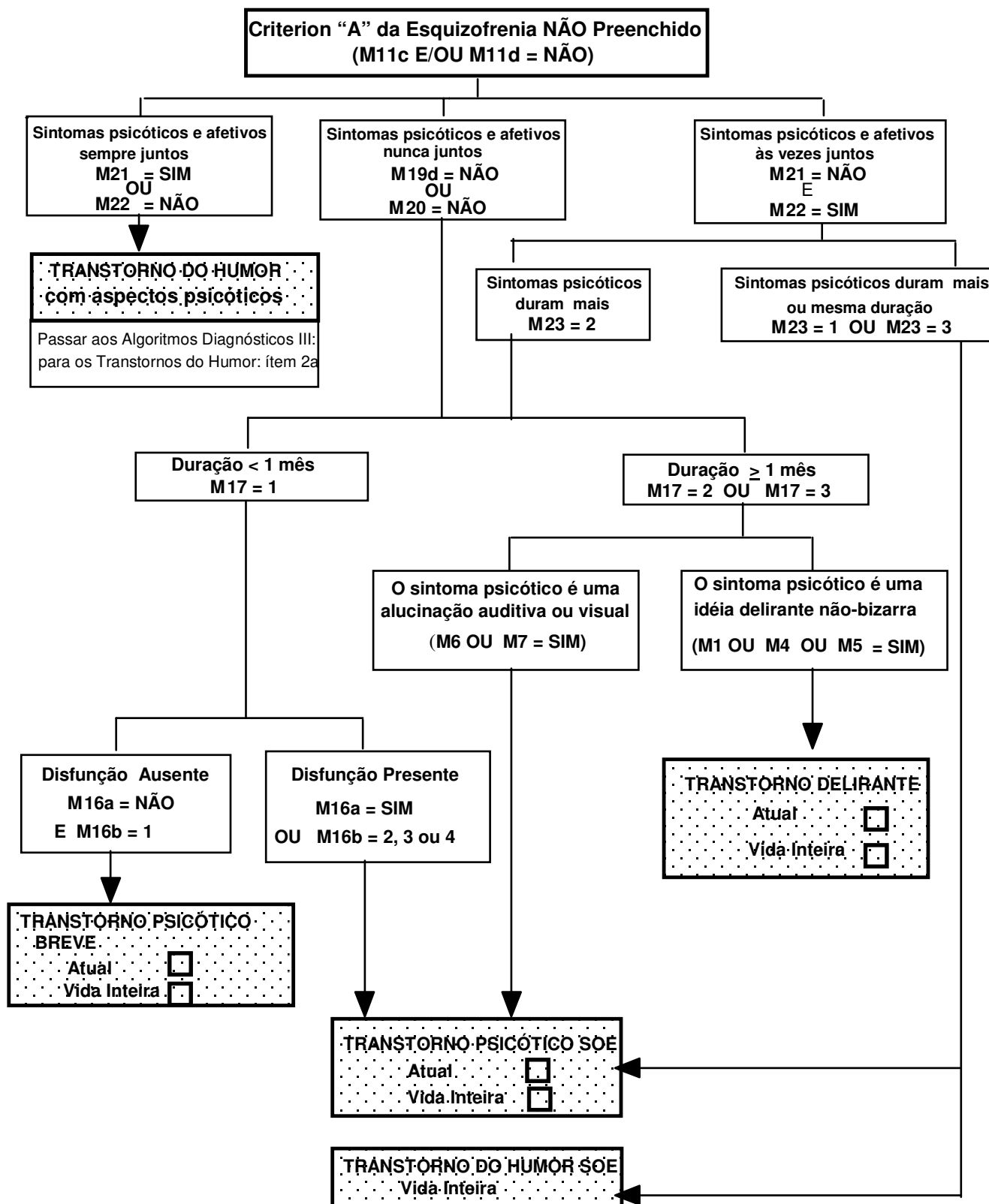
## TRANSTORNOS PSICÓTICOS: ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS I

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



## TRANSTORNOS PSICÓTICOS : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS II

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



# TRANSTORNOS DO HUMOR : ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS III

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

## MÓDULO M: Diagnóstico diferencial entre Transtornos Psicóticos e do Humor

- 1 a M20 = NÃO ? NÃO SIM <sup>TM</sup> PASSAR À 2c
- b M21 = NÃO E M22 = SIM ? NÃO SIM <sup>TM</sup> COTAR NÃO EM 2c, 2d E 2e
- c M21 = SIM OU M22 = NÃO ? NÃO SIM

## MÓDULOS A e D:

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

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

### Especificar:

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

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

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

| NÃO                                | SIM                   |
|------------------------------------|-----------------------|
| <b>TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR</b> |                       |
| Sem AP                             | <input type="radio"/> |
| Com AP                             | <input type="radio"/> |
| Atual                              | <input type="radio"/> |
| Passado                            | <input type="radio"/> |

- d D7 = SIM (Episódio Maníaco presente)?

### Especificar:

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

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

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

| NÃO                         | SIM                   |
|-----------------------------|-----------------------|
| <b>TRANSTORNO BIPOLAR I</b> |                       |
| Sem AP                      | <input type="radio"/> |
| Com AP                      | <input type="radio"/> |
| Atual                       | <input type="radio"/> |
| Passado                     | <input type="radio"/> |

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

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

| NÃO                          | SIM                   |
|------------------------------|-----------------------|
| <b>TRANSTORNO BIPOLAR II</b> |                       |
| Atual                        | <input type="radio"/> |
| Passado                      | <input type="radio"/> |

## ANEXO 4 - ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA ESCALA BREVE DE AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA - SIG-BPRS

Observação: O entrevistador deve julgar as condições do paciente no momento da entrevista. Os itens 2 (ansiedade psíquica), 10 (hostilidade), 11 (desconfiança), 12 (alucinações), 15 (conteúdo incomum do pensamento) e 16 (afeto embotado ou inapropriado) devem ser avaliados tomando-se por base as condições do paciente nos últimos três dias.

### 1. Contato inicial

| ITEM DA BPRS         | PERGUNTAS-GUIA                                                                                                                                                                       |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | <i>Entrevista inicial</i>                                                                                                                                                            |
| Orientação           | Qual o seu nome completo? E sua idade? Onde você mora? Com quem você mora? Está trabalhando atualmente? (Já trabalhou anteriormente? Em quê?)                                        |
| Preocupação somática | Como costuma ser sua saúde física (do corpo)? Como esteve a sua saúde no último ano? Você está preocupado com algum problema de saúde agora?                                         |
| Orientação           | Quanto tempo faz que você está aqui? Conte-me por que motivo você foi internado. Quando isso começou? O que aconteceu depois? Você pode me dizer que dia é hoje? (semana, mês, ano). |
|                      | <i>Reentrevista</i>                                                                                                                                                                  |
| Triagem              | Como tem passado desde a nossa última conversa? O que o tem incomodado mais nos últimos dias? (Além disso, o que mais incomoda você?)                                                |
| Orientação           | Você pode me dizer que dia é hoje? (semana, mês, ano). Você pode me dizer o que tinha ontem no jantar?                                                                               |
| Preocupação somática | Você está preocupado com algum problema de saúde agora?                                                                                                                              |

### 2. Entrevista

| ITEM DA BPRS                                             | PERGUNTAS-GUIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Orientação                                               | Você tem conseguido se concentrar? Como está sua memória? ( <i>Caso necessário, faça exame específico</i> )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Ansiedade psíquica                                       | Você está preocupado com alguma coisa? Você tem se sentido tenso ou ansioso a maior parte do tempo? (Quando se sente assim, você consegue saber o porquê? De que forma as suas ansiedades ou preocupações afetam o seu dia-a-dia? Existe algo que ajuda a melhorar essa sensação?)                                                                                                                                                                                                                                    |
| Sentimentos de culpa                                     | Nos últimos dias você tem se sentido um peso para sua família ou colegas? Você tem se sentido culpado por alguma coisa feita no passado? Você acha que o que você está passando agora é um tipo de castigo? (Por que você acha isso?)                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Humor deprimido                                          | Como tem estado o seu humor (alegre, triste, irritável)? Você acredita que pode melhorar? (Como esse sentimento tem afetado o seu dia-a-dia?)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Desconfiança(*)                                          | Você tem tido a impressão de que as outras pessoas estão falando ou rindo de você? (De que forma você percebe isso?) Você tem achado que tem alguém com más intenções contra você ou se esforçando para lhe causar problemas? (Quem? Por quê? Como você sabe disso?)                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Auto-estima exagerada(*) (hostilidade)                   | Nos últimos dias você tem se sentido com algum talento ou habilidade que a maioria das pessoas não tem? (Como você sabe disso?) Você acha que as pessoas têm tido inveja de você? Você tem acreditado que tenha alguma coisa importante para fazer no mundo? Nos últimos dias você tem estado impaciente ou irritável com as outras pessoas? (Conseguiu manter o controle? Tolerou as provocações? Chegou a agredir alguém ou a quebrar objetos?)                                                                     |
| Conteúdo Incomum do Pensamento(*) (preocupação somática) | Você tem acreditado que alguém ou alguma coisa fora de você esteja controlando seus pensamentos ou suas ações contra sua vontade? Você tem a impressão de que o rádio ou a televisão mandem mensagens para você? Você sente que alguma coisa incomum esteja acontecendo ou está para acontecer? Você sente que tem alguma coisa incomum acontecendo no seu corpo ou cabeça?                                                                                                                                           |
| Alucinações(*)                                           | Você tem tido experiências incomuns, que a maioria das pessoas não tem? Você tem escutado coisas que as outras pessoas não podem ouvir? (Você estava acordado neste momento? O que você ouvia [barulhos, cochichos, vozes conversando com você ou conversando entre si]? Com que frequência? Interferem no seu dia-a-dia?) Você tem visto coisas que as outras pessoas não podem ver? (Você estava acordado neste momento? O que você via [luzes, formas, imagens]? Com que frequência? Interferem no seu dia-a-dia?) |

(\*) Item principal, pode avaliar outros.

### 3. Encerramento

Estas eram as perguntas que eu precisava fazer. Tem alguma coisa que o senhor(a) acha importante dizer, que eu não perguntei, ou alguma coisa que gostaria de perguntar?

## ANEXO 5 — ESCALA BREVE DE AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA - BPRS

*Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS (Bech et al., 1986) – tradução e adaptação para o português de Zuardi et al. (1994)*

### 1. Preocupações somáticas

Este item compreende a hipocondria. Os graus 1 e 2 da escala referem-se à hipocondria não-delirante e os graus 3 e 4, à hipocondria delirante.

0. Atenção normal com a saúde física.

1. Grau mínimo ou duvidoso de preocupação excessiva com a saúde física.

2. O paciente expressa idéias de ter uma doença orgânica (p. ex., câncer ou doença cardíaca), mas sem interpretações delirantes.

3. As queixas são bizarras (p. ex., de estar apodrecendo por dentro), mas pode-se conseguir que o paciente, por breves períodos, admita que esse não é o seu caso.

4. Está convencido, p. ex., de que seus órgãos estão podres ou desaparecendo, ou de que vermes estão devorando seu cérebro. Nem por breves períodos se pode fazê-lo admitir que esse não é o seu caso.

### 2. Ansiedade psíquica

Este item compreende tensão, irritabilidade, preocupação, insegurança, medo e apreensão, que se aproximam ao pavor subjugante. Frequentemente pode ser difícil distinguir entre a vivência de ansiedade do paciente (os fenômenos de ansiedade “psíquica” ou “central”) e as manifestações fisiológicas de ansiedade (periférica) que podem ser observadas, como tremor das mãos e sudorese. Muito importante, neste item, é o relato do paciente de preocupação, insegurança, incerteza, vivências de pavor, ou seja, de ansiedade psíquica (“central”).

0. O paciente não se encontra nem mais nem menos inseguro ou irritável do que o habitual.

1. É duvidoso se o paciente está mais inseguro ou irritável do que o habitual.

2. O paciente expressa mais claramente estar em um estado de ansiedade, apreensão ou irritabilidade, que pode achar difícil de controlar. Isso ocorre sem influir no dia-a-dia do paciente, porque a preocupação ainda diz respeito a questões pouco importantes.

3. A ansiedade ou insegurança é, às vezes, mais difícil de controlar porque a preocupação diz respeito a perdas ou danos importantes, que podem ocorrer no futuro. Por exemplo, a ansiedade pode ser vivenciada como pânico, ou seja, como pavor subjugante. Ocasionalmente essa ansiedade já interferiu no dia-a-dia do paciente.

4. A sensação de pavor está tão frequentemente presente que interfere acentuadamente no dia-a-dia do paciente.

### 3. Retraimento emocional

Este item compreende a vivência introspectiva de contato emocional com o paciente durante a entrevista. Ele se contrapõe ao item 16 (afeto embotado ou inapropriado), que compreende o grau de contato emocional com outras pessoas, avaliado retrospectivamente durante os três dias precedentes.

0. Contato emocional normal.

1. Alguma (ou duvidosa) distância emocional.

2. Reações emocionais reduzidas, como, por exemplo, contato visual duvidoso.

3. Reações emocionais mais limitadas, como, por exemplo, contato visual ocasionalmente inadequado.

4. Quando o contato emocional está fortemente reduzido ou quase ausente, como, por exemplo, quando evita o contato visual.

### 4. Desorganização conceitual (incoerência)

Este item compreende os distúrbios do processo de pensamento, desde certa imprecisão na expressão verbal até produções verbais completamente desorganizadas.

0. Ausência de desorganização conceitual.

1. O pensamento é caracterizado por uma certa imprecisão, mas a fala não é gramaticalmente inusual.

2. Distúrbio moderado do pensamento. As palavras podem estar ligadas por meio de uma forma gramaticalmente inusual e particular (*pars pro toto*) e a informação que comunica parece “vazia”.

3. Acentuada desorganização conceitual. Ocasionalmente, torna-se difícil entender o paciente, podendo surgir neologismos ou bloqueio.

4. Desorganização conceitual extremamente grave. Apenas fragmentos da fala são compreensíveis.

### 5. Autodepreciação e sentimentos de culpa

Este item compreende a diminuição da auto-estima, com sentimentos de culpa.

0. Ausência de autodepreciação e sentimentos de culpa.

1. É duvidoso se sentimentos de culpa estão presentes, pois o paciente está apenas preocupado com o fato de que ele, durante a doença atual, seja um peso para a família ou os colegas, devido à sua reduzida capacidade de trabalho.

2. Autodepreciação ou sentimentos de culpa estão mais claramente presentes, pois o paciente está preocupado com incidentes do passado, anteriores ao episódio atual. Por exemplo, o paciente acusa-se de pequenas omissões ou falhas, de não ter cumprido com o seu dever ou de haver prejudicado outras pessoas.

3. O paciente experimenta sentimentos de culpa mais graves. Ele pode afirmar que sente que o seu sofrimento atual é algum tipo de punição. Assinale três, desde que o paciente possa perceber intelectualmente que sua opinião é infundada.

4. Os sentimentos de culpa são firmemente mantidos e resistem a qualquer argumentação, de modo que se converteram em idéias paranóides.

#### 6. Ansiedade somática

Este item compreende os concomitantes fisiológicos da ansiedade que se manifestaram durante a entrevista. Todos os estados subjetivos de ansiedade devem ser assinalados no item 2, e não aqui.

0. Quando o paciente não está nem mais nem menos propenso que o habitual a experimentar concomitantes somáticos de estados de ansiedade.
1. Quando o paciente ocasionalmente apresenta leves manifestações, como sintomas abdominais, sudorese ou tremores. Entretanto, a descrição desses sintomas é vaga e questionável.
2. Quando o paciente ocasionalmente apresenta sintomas abdominais, sudorese, tremores, etc. Os sinais e sintomas são claramente descritos, porém não são acentuados nem incapacitantes.
3. Os concomitantes emocionais dos estados subjetivos de ansiedade são acentuados e, às vezes, muito preocupantes.
4. Os concomitantes fisiológicos dos estados subjetivos de ansiedade são numerosos, persistentes e freqüentemente incapacitantes.

#### 7. Distúrbios motores específicos

Este item compreende os graus variáveis de comportamento motor bizarro, que vai desde certa excentricidade na postura até a agitação catatônica severa.

0. Ausente.
1. Leve ou de presença duvidosa durante a entrevista.
2. Moderada. Presente durante a maior parte da entrevista.
3. Severa. Anormalidades motoras contínuas. Podem ser interrompidas.
4. Extremamente severa. Anormalidades motoras persistentes e incontroláveis. Entrevista difícil.

#### 8. Auto-estima exagerada

Este item compreende graus variáveis de exagero da auto-estima, variando desde uma acentuada autoconfiança ou presunção, até os delírios de grandeza grotescos.

0. Auto-estima normal.
1. Auto-estima aumentada levemente ou de maneira duvidosa, como, por exemplo: ocasionalmente superestima suas próprias capacidades habituais.
2. Auto-estima moderadamente aumentada. Por exemplo, superestima mais constantemente suas próprias capacidades habituais ou insinua possuir capacidades incomuns.
3. Idéias acentuadamente irreais, como, por exemplo, de que tem habilidades, poderes ou conhecimentos (científicos, religiosos, etc.) extraordinários, mas pode, por breves períodos, ser corrigido.
4. Idéias de grandeza que não podem ser corrigidas.

#### 9. Humor deprimido

Este item compreende tanto a comunicação verbal como a não-verbal de tristeza, depressão, desânimo, desamparo e desesperança.

0. Humor neutro.
1. O paciente indica vagamente que está mais desanimado e deprimido que o habitual.
2. Quando o paciente está mais claramente preocupado com vivências desagradáveis, embora ainda não esteja se sentindo desamparado ou desesperançado.
3. O paciente exhibe sinais não-verbais claros de depressão e/ou, às vezes, sente-se dominado pelo desamparo ou desesperança.
4. As observações do paciente sobre desânimo e desamparo, ou as suas manifestações não-verbais, dominam a entrevista, não sendo possível afastá-lo dessa temática.

#### 10. Hostilidade

Este item compreende o relato verbal do paciente de sentimentos ou ações hostis em relação a outras pessoas fora da entrevista. Trata-se de um julgamento retrospectivo dos três dias precedentes. Diferenciar do item 14 (Falta de cooperação), que corresponde ao contato formal durante a entrevista.

0. Ausência de sinais de impaciência, irritabilidade, crítica ou hostilidade.
1. Esteve um pouco impaciente ou irritável, mas o controle foi mantido.
2. Esteve moderadamente impaciente ou irritável, mas tolerou as provocações.
3. Esteve verbalmente hostil, faz ameaças e quase chegou a ser fisicamente destrutivo, mas ainda pôde ser acalmado.
4. Extrémamente hostil, com violência física manifesta. Fisicamente destrutivo.

#### 11. Desconfiança

Este item compreende a desconfiança, a suspeita ou as interpretações distorcidas, variando desde uma acentuada falta de confiança nos outros até os delírios de perseguição floridos.

0. Ausente.
1. Vagas idéias de referência. Tende a suspeitar que as outras pessoas estão falando ou rindo de si. Sente que "alguma coisa está ocorrendo". Responde ao reassuramento; portanto, fica duvidoso se existem idéias de referência ou delírios.
2. Idéias de referência com delírios vagos, não-sistematizados, de perseguição. "Alguém pode ter más intenções". Isso é insinuado pela televisão ou pelos jornais. Ainda se trata de uma vivência do tipo "como se".
3. Delírios com alguma sistematização. Reassuramento difícil.
4. Delírios paranóides sistematizados, floridos, de perseguição. Correção impossível.

## 12. Alucinações

Este item compreende as percepções sensoriais sem os estímulos externos correspondentes. As vivências alucinatórias devem ter ocorrido nos três últimos dias e, com exceção das alucinações hipnagógicas, não devem ter ocorrido durante os estados de turvação da consciência (*delirium*).

0. Ausente.

1. Em grau leve ou de presença duvidosa. Vivências alucinatórias hipnagógicas ou vivências alucinatórias elementares isoladas (ouvir sons, ver luzes).
2. Alucinações ocasionais, mas plenamente desenvolvidas (ouvir vozes, ver formas), que não afetam o comportamento.
3. Alucinações ocasionais que influenciam o comportamento.
4. Mais ou menos constantemente absorto em vivências alucinatórias.

## 13. Retardo psicomotor

Este item compreende a redução do nível de atividade psicomotora, que inclui a velocidade de associações e a capacidade para verbalizar os pensamentos. Os sintomas do retardo motor dizem respeito à postura, aos gestos e à expressão facial.

0. Atividade verbal normal, atividade motora normal, com expressão facial adequada.

1. Velocidade de conversação duvidosa ou levemente reduzida e expressão facial duvidosa ou levemente diminuída.
2. Velocidade de conversação claramente reduzida, com pausas; gestos reduzidos e movimentação lenta.
3. A entrevista é claramente prolongada devido às longas latências e respostas curtas; todos os movimentos estão muito lentos.
4. A entrevista não pode ser completada; o retardo se aproxima de (e inclui) estupor.

## 14. Falta de cooperação

Este item compreende a atitude e as respostas do paciente ao entrevistador e à situação da entrevista. Difere do item 10 (hostilidade) porque este compreende a falta de cooperação com outras pessoas durante os três dias precedentes.

0. Atitude cooperativa natural.

1. Excessivamente formal e reservado na situação de entrevista. Responde um pouco resumidamente.
2. Resistência moderada. Responde evasivamente ou opõe-se a determinadas perguntas. Atitude acentuadamente hostil para com o entrevistador.
3. Resistência pronunciada. Responde inapropriadamente ou recusa-se a responder. Atitude abertamente hostil. Entrevista completa não é possível.
4. Entrevista impossível. O paciente recusa-se a permanecer na situação de entrevista.

## 15. Conteúdo do pensamento incomum

Este item diz respeito ao conteúdo da verbalização do paciente e não à organização da linguagem, que é assinalada no item 4 (desorganização conceitual). O item refere-se às qualidades incomuns até os vários níveis de idéias delirantes. Observe que os "delírios de grandeza" são assinalados no item 8 (auto-estima exagerada), que os "delírios de culpa" são assinalados no item 5 (sentimentos de culpa) e que os "delírios de perseguição" são assinalados no item 11 (desconfiança). Os delírios que apresentam interesse especial aqui são os delírios de controle, influência ou despersonalização, ciúme mórbido, delírios sexuais, delírios religiosos ou expansivos. Assinale apenas o grau de raridade do conteúdo expresso do pensamento, a importância que apresenta para o paciente ou a influência que exerce sobre o seu comportamento.

0. Ausente.

1. Grau leve ou presença duvidosa (por exemplo, idéias supervalorizadas).
2. Grau moderado (por exemplo, idéias com alguma qualidade delirante, mas ainda se constituindo em uma vivência do tipo "como se").
3. Os delírios delimitam a maior parte do conteúdo do pensamento e ocasionalmente influenciam o comportamento.
4. Delírios subjucantes delimitam o conteúdo do pensamento e o comportamento.

## 16. Afeto embotado ou inapropriado

Este item compreende a diminuição da capacidade ou da motivação para sentir ou expressar as emoções normais, como a tristeza, a alegria e a raiva. As emoções, manifestadas verbalmente e não verbalmente, são perceptivelmente inapropriadas à situação ou ao conteúdo do pensamento. Esse item compreende, assim, o retraimento emocional relativo às outras pessoas, durante os três dias precedentes. Discriminar do item 3 (retraimento emocional), que diz respeito à vivência introspectiva do contato emocional durante a entrevista.

0. Reações e envolvimento emocionais inapropriados.

1. Reações emocionais escassas ou questionavelmente inapropriadas. Por exemplo, menor desejo ou capacidade de estar em companhia de pessoas que conhece há mais ou menos tempo.
2. Afeto perceptivelmente embotado. Não apresenta necessidade ou capacidade de estabelecer contato mais íntimo com pessoas não pertencentes ao seu círculo familiar (companheiros de trabalho, outros pacientes, equipe terapêutica).
3. Emocionalmente indiferente e apático, mesmo em relação aos amigos íntimos e à família.
4. Emocionalmente ausente, ou então os afetos manifestados são grosseiramente inapropriados, sem qualquer motivação para o contato humano.

#### **17. Agitação psicomotora**

Este item compreende o aumento no nível da atividade psicomotora.

0. Atividade motora normal. Expressão facial adequada e atividade verbal normal.
1. Atividade motora duvidosa ou levemente aumentada; por exemplo, expressão facial vívida ou certa loquacidade.
2. Atividade motora moderadamente aumentada; por exemplo, gestos vívidos, grande loquacidade ou fala em voz alta e rapidamente.
3. Atividade motora claramente excessiva, movimentando-se durante a maior parte do tempo. Levanta-se uma ou várias vezes durante a entrevista. Fuga de idéias. Dificuldade para compreendê-lo.
4. Constante e incansavelmente ativo. Fala desintegrada. Comunicação significativa impossível.

#### **18. Desorientação e confusão**

Este item compreende os graus de turvação da consciência, com redução ou perda de orientação no tempo e/ou quanto a dados pessoais.

0. O paciente está completamente orientado no tempo, no espaço e quanto aos dados pessoais.
1. O paciente ocasionalmente tem algumas dificuldades, mas pode corrigir espontaneamente sua afirmação sobre a orientação no tempo, e/ou no espaço, e/ou quanto aos dados pessoais.
2. O paciente apresenta falhas que não são corrigidas espontaneamente. Por exemplo, não sabe o dia da semana ou do mês, embora saiba o mês e o ano corretamente, e/ou tem dificuldades espaciais, embora esteja orientado na enfermaria (ou em sua casa), e/ou tem dificuldades para recordar nomes, embora ainda saiba seu próprio nome.
3. O paciente está acentuadamente desorientado. Por exemplo, não sabe o mês e o ano corretamente, embora ainda se localize quanto a períodos significativos do ano (carnaval, festas juninas, natal)\*, e/ou tem dificuldades para localizar o banheiro ou a sua cama sem auxílio, e/ou lembra seu próprio nome apenas por meio de alguma ajuda.
4. Está completamente desorientado no tempo e/ou no espaço, e/ou quanto aos dados pessoais.

\*Adaptação à realidade brasileira. No original, "estações do ano".

## ANEXO 6 – RETROTRADUÇÃO DO ROTEIRO PARA A AVALIAÇÃO DO INSIGHT - VERSÃO EXPANDIDA

1. “Do you think you have been going through emotional or psychological changes or difficulties?”

*Often* (thought is present throughout most of the day, on most days) = 2  
*Sometimes* (thought is present occasionally) = 1  
*Never* (ask why doctors/others think so) = 0

2. “Do you think this means there is something is wrong with you?” (A nervous condition for example). *If the previous answer was “never” or “no”, ask: “If the doctor(s) and/or others think you have been going through emotional or psychological changes or difficulties do you think there must be something wrong with you even though you don’t feel that yourself?”*

*Often* (thought is present throughout most of the day, on most days) = 2  
*Sometimes* (thought is present occasionally) = 1  
*Never* (ask why doctors/others think so) = 0

3. “Do you think your condition has gotten to the point of being a mental disorder?”

*Often* (thought is present throughout most of the day, on most days) = 2  
*Sometimes* (thought is present occasionally) = 1  
*Never* (ask why doctors/others think so) = 0

If the score was positive on the two previous items, proceed to 4, otherwise go to item 6.

4. “How do you explain your condition/illness/disorder?”

*Reasonable explanation based on plausible mechanisms* (adequate to social, cultural and educational level, i.e. excessive stress, chemical imbalance, family history etc) = 2  
*Confused explanation or explanation heard and repeated without adequate understanding or “I don’t know”* = 1  
*Delusional or bizarre explanation* = 0

If the score was positive on items 1, 2, 3, proceed to 5, otherwise go to item 6.

5. "Has your nervous/emotional/psychological condition (use patient's term) brought adverse consequences or problems into your life?" (i.e.: conflicts with others, neglect, financial or living hardship, irrational, impulsive or dangerous behavior).

Yes (with example) = 2

Not sure (can't give example or contradicts him/herself) = 1

No = 0

6. "Do you think your... condition (use patient's term) or the problem that result from it requires (needs) treatment?"

Yes (with plausible reason) = 2

Not sure (can't give example or contradicts him/herself) = 1

No = 0

7. Select the most prominent symptoms up to a maximum of 4. Assess then the awareness of each one of them as below. (Interviewer: evaluate which symptoms to score based on previous interviews, i.e. higher scores in the BPRS and/or based on patient's current state).

Examples:

"Do you think the belief... is not real/is not happening (could you be imagining things)?"

"Do you think the 'voices' that you hear are really those of people talking, or are they something coming from your own mind?"

"Have you been able to think clearly or do your thoughts seem mixed up/confused? Is your speech scrambled?"

"Would you say you have been more agitated/overly active/ accelerated/ withdrawn than usual?"

"Do you perceive any problems with your attention/concentration/memory?"

"Do you have problems to do what you plan to/start activities/end tasks/stay motivated?"

Symptom 1 – type

Symptom 2 – type

Symptom 3 – type

Symptom 4 – type





score

score

score

score

*Definitely* (complete notion)

= 4

*Probably* (moderate notion)

= 3

*Uncertain* (sometimes yes, sometimes no)

= 2

*Possibly* (discreet notion)

= 1

*Certainly not* (no notion)

= 0

average

8. For each symptom evaluated above (up to a maximum of 4), ask the patient... "How do you explain... (false beliefs, hearing voices, confused thoughts, lack of initiative etc)?"

| Symptom 1 – type                                          | Symptom 2 – type           | Symptom 3 – type           | Symptom 4 – type           |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="text"/>                                      | <input type="text"/>       | <input type="text"/>       | <input type="text"/>       |
| score <input type="text"/>                                | score <input type="text"/> | score <input type="text"/> | score <input type="text"/> |
| <i>Part of my disease</i>                                 |                            | = 4                        |                            |
| <i>Due to the nervous condition</i>                       |                            | = 3                        | average                    |
| <i>Reaction to stress/fatigue</i>                         |                            | = 2                        | <input type="text"/>       |
| <i>Uncertain, perhaps one of the above</i>                |                            | = 1                        |                            |
| <i>Can't say or gives delusional/bizarre explanations</i> |                            | = 0                        |                            |

9. "How do you feel when people don't believe you? (When you talk about... delusions or hallucinations)"

|                                                     |     |                      |
|-----------------------------------------------------|-----|----------------------|
| <i>Then I know I am ill</i>                         | = 4 |                      |
| <i>I wonder if there is something wrong with me</i> | = 3 | <input type="text"/> |
| <i>I get confused and don't know what to think</i>  | = 2 |                      |
| <i>I am still sure despite what others say</i>      | = 1 |                      |
| <i>They are lying</i>                               | = 0 |                      |

Ask the help of a nurse/care giver to evaluate the next two items.

10. How readily does the patient accept treatment (including passive acceptance)?

|                                                                      |     |                      |
|----------------------------------------------------------------------|-----|----------------------|
| <i>Often</i> (may rarely question the for treatment)                 | = 2 |                      |
| <i>Sometimes</i> (may occasionally question the need for medication) | = 1 | <input type="text"/> |
| <i>Never</i> (ask why)                                               | = 0 |                      |

Treatment includes medication and/or hospitalization and/ or other physical or psychological therapies.

11. Does the patient spontaneously ask for the medication?

|                                                                                                 |     |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------|
| <i>Often</i> (exclude inappropriate requests for medication, etc)                               | = 2 |                      |
| <i>Sometimes</i> (score here if forgetfulness/disorganization lead to occasional requests only) | = 1 | <input type="text"/> |
| <i>Never</i> (ask why doctors/others think so)                                                  | = 0 |                      |